

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 57

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PSYCHOSES
DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 décembre 1930

PAR

Irène-Marguerite-Lucie-Fernande LABEYRIE

Née à **MORCENX** (Landes), le 30 juillet 1905.

Examineurs de la Thèse	}	MM. CRUCHET, professeur	Président.
		SABRAZÈS, professeur	Juges.
		PERRENS, agrégé	
		MURATET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 57

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSYCHOSES

DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 décembre 1930

PAR

Irène-Marguerite-Lucie-Fernande LABEYRIE

Née à **MORCENX** (Landes), le 30 juillet 1905.

Examineurs de la Thèse	}	MM. CRUCHET, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	} <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé	
		MURATET, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE ET A MES SOEURS

A TOUS MES AMIS

AU DOCTEUR JEAN SOULAGE

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
QUI ONT BIEN VOULU FAIRE PARTIE DU JURY DE NOTRE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERRENS

*Médecin-chef de la Maison de Santé de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,*

Nous le prions de trouver ici un témoignage sincère de notre reconnaissance pour l'enseignement si profond, si distingué et si sympathique dont il nous a fait bénéficier.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

*Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage respectueux et reconnaissant
pour l'intérêt aimable qu'il nous a porté,
pour les conseils éclairés qu'il nous a
donnés et pour le grand honneur qu'il
nous fait en présidant cette thèse.

AVANT-PROPOS

Arrivée au terme de nos études, nous sommes heureuse d'adresser nos sincères remerciements à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

M. le Professeur agrégé Perrens nous a donné le sujet de cette thèse, nous a fourni les principaux documents, n'a ménagé ni son temps, ni ses conseils; nous tenons à lui adresser ici l'expression de notre vive gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné et pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a fait dans son service à l'Asile de Château-Picon.

Que M. le Professeur Cruchet veuille bien recevoir nos plus respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et pour l'enseignement qu'il nous a donné dans son service. Nous le remercions aussi de nous avoir fait visiter l'hôpital des enfants anormaux du Bouscat.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PSYCHOSES
DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans notre travail d'étudier les psychoses qui se manifestent pendant l'enfance jusqu'à la puberté.

Nous n'avons pas, par conséquent, à envisager les troubles endocriniens particuliers à l'âge pubère, ni à expliquer leur influence sur les perturbations psychiques de cette époque.

Après un aperçu historique et quelques lignes sur l'étiologie générale des psychopathies infantiles, nous ferons, dans un premier chapitre, une rapide esquisse des anomalies mentales de l'enfance : *les perversions morales et sexuelles, le rêve et la mythomanie, les obsessions, la jalousie, les impulsions, l'anorexie mentale.*

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons les psychoses que nous diviserons en deux groupes, suivant qu'elles évoluent avec un type aigu ou chronique.

Dans les psychoses aiguës, nous classerons :

les délires aigus et la confusion mentale, apparaissant au cours des maladies infectieuses et généralement de courte durée;

la manie aiguë se manifestant après des atteintes infectieuses fébriles, sous forme de crises d'excitation;

la mélancolie se traduisant chez l'enfant par des états de dépression psychique et physique.

Les psychoses chroniques que nous étudierons ensuite comprendront :

l'excitation cérébrale très évidente parfois chez le nourrisson, susceptible de persister pendant toute l'enfance et même jusqu'à l'âge adulte;

la folie à double forme maniaque dépressive, qui prélude souvent par les crises de dépression ou d'excitation dont nous avons parlé plus haut;

les délires systématisés : délire de jalousie, délire dépressif, délire de persécution;

la démence précoce, très rare avant la puberté;

la démence paralytique ou paralysie générale infantile.

Dans un troisième chapitre nous réunirons quelques observations dont nous ferons le commentaire.

APERÇU HISTORIQUE

Les troubles psychiques de l'enfant ont été observés dès l'antiquité, mais ils étaient déjà signalés comme peu fréquents. Hippocrate, dans ses *Aphorismes*, en avait décrit quelques-uns, et, dès cette époque, la manie était reconnue comme une affection rare chez l'enfant.

Il faut arriver au *xix^e* siècle pour trouver, tant au point de vue médical que psychologique, des études approfondies sur les psychopathies infantiles; mais psychiatres et médecins s'accordent à proclamer la rareté de la folie chez les jeunes enfants.

Franck ne rapporte que 2 cas d'excitation maniaque, l'un à l'âge de 2 ans, l'autre à moins de 10 ans.

Broussais, en 1828, disait : « Les enfants sont peu susceptibles de folie pour causes morales parce que les impressions sont moins durables que chez les adultes. »

Un peu plus tard, Esquirol écrivait : « Les exemples de folie chez l'enfant, qui ne sont pas tout à fait des exceptions, si on les joint à ceux causés par la jalousie et l'onanisme, sont néanmoins assez rares. » Il a soigné deux petits maniaques âgés de 8 et 9 ans et un petit mélancolique.

Guislain disait aussi que la folie infantile était rare et qu'on voyait exceptionnellement des états mélancoliques dans le jeune âge. Il rapporte à ce sujet le cas d'un enfant qui mourut dans le marasme à 18 mois.

Dans la seconde moitié du *xix^e* siècle, Pinel, Morel, Griesenger, Ball et d'autres pensaient qu'avant la puberté la folie n'est pas fréquente. Ils parlaient des états d'arriération men-

tale, de manie, d'irritabilité, et ajoutaient que la folie systématisée et la mélancolie étaient très rares chez l'enfant.

Mandsley, en 1883, dans son *Traité de la pathologie de l'esprit*, disait que la forme de folie la plus fréquente chez l'enfant c'est la folie sensorielle avec hallucinations.

Voisin, à la même époque, décrivait le délire dépressif, l'excitation maniaque et des états hallucinatoires.

En 1888, Moreau, de Tours, dans son ouvrage : *La folie chez l'enfant*, avait observé la prédominance des affections convulsives et des arrêts de l'intelligence; il signalait quelques délires éclatant au cours des maladies infectieuses fébriles.

En 1893, Régis faisait paraître un travail sur les délires aigus post-typhiques et il disait que la folie vraie est rare dans la première enfance; il ajoutait que dans ce cas ce sont des enfants très héréditaires et que cette folie se traduit rarement par un état maniaque ou mélancolique.

Charcot, à peu près à la même époque, disait que la paralysie générale infantile était exceptionnelle au-dessous de 20 ans. Moussous, cependant, dans son *Recueil de leçons cliniques sur les maladies de l'enfance*, répondait, en terminant son chapitre traitant de la méningo-encéphalite chronique, en certifiant l'identité de cette affection avec la paralysie générale progressive de l'adulte.

Morel, en 1854, avait déjà parlé de la démence précoce dans les formes de folie qu'il appelait « aliénations héréditaires ». Elle fut à nouveau démasquée par Kraepelin, soixante ans plus tard, et reconnue dans l'enfance.

Depuis le début de notre siècle, les controverses qui ont été soulevées au sujet des psychoses ont été nombreuses; et les psychiatres, autant en France qu'à l'étranger, se sont distingués pour analyser, définir, ces états mentaux de l'enfance et pour donner à chacun d'eux son individualité clinique.

ETIOLOGIE GENERALE DES PSYCHOSES ET DES ANOMALIES MENTALES DE L'ENFANT

Nous parlerons tout de suite des facteurs étiologiques communs à ces troubles mentaux (psychoses et anomalies psychiques). Nous éviterons ainsi de nous répéter.

Tous les auteurs s'accordent pour admettre que l'hérédité mentale et neuro-pathologique joue un rôle fondamental dans la genèse des psychoses infantiles.

Dupré, dans la préface de l'ouvrage de psychiatrie de Kraepelin, écrivait : « Plus la tare héréditaire est lourde, plus la psychose est précoce dans son apparition et grave dans sa manifestation. » Kraepelin lui-même disait en parlant des psychoses : « Ce ne sont plus des affections à évolution régulière..., mais l'expression d'une dégénérescence qui n'est pas la propriété du seul individu, mais dont ce dernier a hérité pour la léguer à ses descendants. »

L'hérédité pathologique est le plus souvent directe, uni ou bilatérale; la tare elle-même peut conserver ou changer sa physionomie clinique en changeant de génération. Elle peut disparaître pendant une ou plusieurs générations ou, au contraire, s'affirmer plus morbide. Il faut donc rechercher avec soin les antécédents héréditaires et fouiller très loin dans les générations précédentes pour expliquer, du moins en partie, les troubles mentaux ou les anomalies des jeunes enfants.

Moreau, de Tours, disait : « L'enfant n'acquiert pas la folie, il en hérite. »

On peut découvrir chez les parents ou dans une ascendance moins directe des tares mentales ou nerveuses (folie, épilepsie, hystérie), ou bien une bizarrerie de caractère, ou bien des psychoses (manie, mélancolie, délires, etc.), des intoxications (alcoolisme, morphinisme), des maladies infectieuses transmissibles (syphilis, tuberculose).

Nous insistons tout particulièrement sur l'importance du rôle de la syphilis seule ou associée à d'autres agents toxico-infectieux dans le développement des maladies mentales. Son affinité pour le système nerveux a été mise en lumière par les lésions anatomo-pathologiques et par la réaction de Bordet-Wasserman dans le liquide céphalo-rachidien.

Nous rapportons la réflexion que faisait à ce sujet M. le professeur Perrens : « Lorsqu'on voit un enfant pâle et nerveux, sans aucune beauté et bizarre de caractère, il faut toujours se méfier de la syphilis. »

La consanguinité a été incriminée, mais elle ne doit entrer en ligne de compte que si les générateurs sont tarés. La débilité des parents, leur trop grand âge, leur épuisement par des maladies aiguës ou chroniques, sont à juste titre considérés comme des facteurs pouvant créer une prédisposition chez l'enfant. Mais cette prédisposition héréditaire n'est pas suffisante pour faire éclore les psychoses, il faut un choc infectieux pour désorganiser un cerveau déjà fragile. Toutes les affections fébriles et infectieuses qui frappent les enfants (typhoïde, rougeole, scarlatine, pneumonie, rhumatisme, etc.) pourront être en cause.

Régis dit : « Quand la prédisposition se réalise chez des enfants, leurs affections mentales sont plus graves, puisque les porteurs réalisent cette double condition d'être plus aptes à s'intoxiquer et moins résistants à l'égard du poison. »

En ce qui concerne les anomalies psychiques, si les enfants n'ont jamais eu d'accidents fébriles ou infectieux, ni période de somnolence, ni frayeurs, on ne peut guère invoquer que l'hérédité; les nourrissons qui manifestent, dès le berceau, une excitation anormale avec un bon état de santé physique sont presque certainement issus de parents tarés. Mais en dehors de l'hérédité et à un âge plus avancé, les infections, les chocs affectifs, une mauvaise éducation, peuvent déterminer également l'apparition de ces anomalies. Avant de rentrer au cœur même de notre sujet, nous allons faire un rapide exposé de ces anomalies mentales.

CHAPITRE PREMIER

ANOMALIES MENTALES DE L'ENFANT

Que fait l'enfant dès le plus jeune âge? Après avoir été un être « spinal », l'enfant passe au stade d'être instinctif, puis son intelligence s'éveille. Il cherche alors à satisfaire ses tendances, et c'est dans ce but qu'il joue, imagine, raconte des histoires. Dans ses jeux, il concrétise naïvement ses rêves, s'attribuant toujours un rôle important et heureux. Ce qu'il ressent et pense, il l'exprime tout haut et à tout le monde, il parle sans cesse et au fur et à mesure qu'il agit. Il croit à tout ce qu'il fait, à tout ce qu'il dit, ne discernant pas encore la fiction de la réalité.

A un âge plus avancé, après des contacts répétés avec le monde extérieur, les enfants sont plus différenciés. Ils extériorisent moins leurs états d'âme, ils commencent à penser, à réfléchir, à vouloir. La plupart mènent alors une vie normale, partageant équitablement leur temps entre le jeu et l'étude.

Mais il en est d'absolument rebelles à toute éducation et à toute discipline; d'autres tirant peu de profit de l'enseignement qui leur est donné parce qu'ils passent tout leur temps à rêver; d'autres encore, très intelligents, ne font que des actes répréhensibles empreints parfois d'une sauvage brutalité, certains même, victimes de leurs impulsions, vont jusqu'au suicide et au crime. Les uns et les autres forment le contingent des anormaux psychiques. On pourrait dire d'eux que ce sont des enfants qui, par suite de tares cérébrales héréditaires ou acquises ayant déterminé des perturbations dans

le développement de leurs facultés intellectuelles et morales, sont incapables de se conduire normalement comme les enfants de leur âge.

Nous avons déjà parlé des nombreux facteurs étiologiques antérieurs à la naissance (hérédité syphilitique, hérédité mentale, alcoolisme, etc.) ou postérieurs à elle (infections et intoxications diverses).

C'est à l'école le plus souvent que se révèlent ces anomalies psychiques; il est vrai qu'avant cette époque, dans la vie de famille, les extravagances de la pensée ou de la conduite des enfants n'attirent pas l'attention des parents ou sont prises par eux pour des caprices.

On voit ainsi de jeunes sujets unir à une très vive intelligence la plus parfaite immoralité. Ce sont des écoliers peu assidus, peu travailleurs, très turbulents; ils font de brillants élèves, mais de mauvais camarades, méchants et vicieux. Ces enfants prodiges sont appelés par Heuyer les « surnormaux »; ils auraient, d'après cet auteur, une fragilité cérébrale particulière qui s'exprimerait par une hyperémotivité, des accès de dépression, des dispositions paranoïaques, une tendance à la mythomanie, des perversions morales et sexuelles.

Voisin dit de ces mêmes enfants : « Ils se font remarquer par des passions ardentes et des penchants terribles, une aptitude pour les plus grandes vertus ou pour les plus grands vices suivant le concours des circonstances. »

Ces troubles sont signalés comme pouvant être à la base de psychopathies graves comme la mélancolie, la psychose maniaque dépressive, les délires chroniques, les obsessions, indépendamment de la valeur intellectuelle de ces jeunes sujets.

Nous n'avons pas trouvé de terme qui puisse traduire la lenteur exaspérante du psychisme, la paresse mentale et physique que l'on rencontre chez certains jeunes enfants. Ils ne font rien, ne pensent pas et paraissent ennuyés qu'on s'inté-

resse à eux où qu'on les interroge. Ils n'ont aucune vitalité intellectuelle; s'ils sont intelligents, il leur manque la volonté de faire un effort pour travailler.

Leur émotivité est aussi somnolente que leurs autres facultés, ils ne connaissent ni joie, ni chagrin. Leur apathie au jeu est généralement aussi grande qu'au travail. Leur aspect physique traduit d'ailleurs assez bien cette indifférence; ils ont un visage morne, une démarche paresseuse, une tenue peu soignée, il faut les corriger pour qu'ils soient propres.

Malgré une longue fréquentation de l'école, ils restent ignorants comme des arriérés. Plus tard, ce sont des adolescents sans but, sans idéal, sans initiative, ils n'ont d'ailleurs développé aucune de leurs aptitudes.

Falkenberg dit de cette curieuse anomalie psychique : « L'indolence est presque toujours la marque de quelque défaut constitutionnel. »

C'est avec une physionomie assez spéciale que nous allons découvrir le petit rêveur, enfant intelligent et sensible, mais qu'une trop grande imagination rend anormal. Tandis que la plupart des enfants mènent une vie débordante d'activité, le petit rêveur, au contraire, se complaît dans une existence monotone, il fuit le travail et les jeux, car rien ne l'intéresse. Il passe des heures entières à rêver, et sa vie intérieure est prodigieusement intense, c'est tout un monde qu'il crée, disloque et rebâtit inlassablement. On comprend qu'il ne fasse aucun progrès à l'école, où on le traite de paresseux et où il est l'objet des railleries de ses petits camarades. Dans sa famille, il ne travaille pas davantage, parle à peine et refuse de se distraire; on le malmène un peu parce que, sa santé étant bonne, on supporte mal son inactivité. Cet enfant aimant mais peu démonstratif se sent incompris, se rebute et passe alors des journées entières à rêver, cherchant l'oubli, le silence et même l'obscurité.

Aux approches de la puberté, cet état mental peut s'aggraver, et si la rêverie est en quelque sorte un délire conscient et organisé, elle peut, à cette époque, évoluer vers le délire vrai

comme en témoigne l'observation résumée ci-dessous que nous avons relevée dans l'ouvrage de Borel et Robin ⁽¹⁾.

X... (Marie), fillette intelligente et douce, manifesta dès la plus tendre enfance un penchant marqué à la rêverie, n'aimant pas les jeux, se plaisant dans la solitude, et refusant la compagnie des enfants de son âge. Elle passait la plus grande partie du temps à rêver. « Je me raconte des histoires », disait-elle. A 14 ans, apparition des règles : crise d'exaltation psychique, idées de grandeur se prolongeant pendant deux ans. De 16 à 23 ans, vie à peu près normale, mais la jeune fille se complait toujours dans de longues rêveries. A 23 ans, nouvelle crise d'excitation psychique avec conceptions ambitieuses et obsessions. L'enfant est toujours restée consciente et orientée. L'amaigrissement est considérable. Cet état durait depuis cinq ans au moment où l'observation fut prise.

Cette fillette a donc eu son époque pubérale marquée par l'évolution d'une psychose aiguë à type délirant devenue chronique un peu plus tard; cette manifestation pathologique s'est, en quelque sorte, substituée à une vieille habitude de rêver.

Une autre forme de déséquilibre imaginatif observé chez l'enfant constitue la mythomanie. Nous venons de voir que les petits rêveurs ne transposent jamais dans la réalité leurs créations imaginaires; certains enfants, au contraire, cherchent constamment à éblouir leurs petits camarades ou à tromper les grandes personnes par des récits qu'ils ont de tout point inventés. Là se donne libre cours leur tendance mégalomaniacale : ils sont les héros d'exploits qu'ils n'ont jamais vécus, ils se couvrent chaque jour de gloire, de richesse ou de titres nouveaux. Ces petits mythomanes racontent leurs histoires avec une grande naïveté, sans aucun désir de nuire; il semble qu'avec une riche imagination, ils soient assez dépourvus de jugement. S'ils racontent des fables à leur avantage

(1) *Les Rêveurs éveillés*, Borel et Robin.

c'est qu'ils ont besoin d'être craints, admirés, écoutés. Cet état particulier s'atténue avec l'âge qui apporte à l'enfant un sens critique plus développé.

Si les petits mythomanes et les rêveurs sont des déséquilibrés de l'imagination, les obsédés sont des instables de la volonté et de l'affectivité. On sait que le jeune enfant a une organisation mentale très délicate, c'est progressivement qu'il arrive à supporter des chocs affectifs plus violents. Les petits obsédés ne peuvent pas acquérir de résistance émotive : pour les plus petits motifs ils sont très vivement inquiets. Ils sont toujours indécis, ils vivent dans un état permanent de crainte et de scrupule, c'est au prix d'efforts considérables qu'ils se décident à agir; ou bien ils sont contraints par une force supérieure à leur volonté à exécuter certains actes qu'ils savent absurdes et ridicules. Ils sont également la proie des idées fixes, poussés à penser toujours aux mêmes choses; leur angoisse à prononcer des mots vulgaires est terrible, ils luttent contre ces obsessions dont ils ne peuvent se défendre. Ils souffrent de leur état, sont insociables et versent parfois dans la mélancolie.

Mönkemoller (1) dit de ces enfants : « Ils ne peuvent pas s'affranchir de certaines idées fixes; ils doivent toujours entreprendre certaines actions bien qu'ils en sachent toute l'ineptie. Il pèse sur eux une oppression psychique tellement grande qu'ils doivent s'en décharger par l'exécution d'un acte toujours le même et ils le recommencent incessamment, même si son exécution leur a apporté un soulagement passager. Beaucoup de ces obsessions : « Ne pas pouvoir dormir seuls » dans l'obscurité, par exemple », sont attribuables à une éducation mal comprise. Certaines habitudes données à l'enfant à qui l'on fait faire toujours les mêmes choses avant

(1) Mönkemoller, *Les psychopathies infantiles et juvéniles*, extrait de *Médecine Klinik*, 1926. Traduction faite par M. Lutz, élève à l'Ecole de Santé navale, qui a eu l'amabilité de mettre à notre service sa connaissance parfaite de la langue allemande. Nous l'en remercions bien sincèrement.

d'aller en classe peuvent dégénérer en actions obsédantes. Encore plus pénible est leur sentiment d'obligation intérieure : ce sont les souvenirs obsédants, tels que l'évocation toujours répétée de vers et de mélodies que l'on mâche et remâche jusqu'à l'épuisement; l'obsession de prononcer des mots « tabous », mots mystérieux, qui protègent de certaines persécutions; telles encore l'émission obsédante de mots vulgaires et de blasphèmes; l'obsession à demander toujours les mêmes choses. Ou bien encore les enfants recommencent toujours ce qu'ils ont fait parce qu'ils ne sont pas contents de leurs créations. Un penchant à la méditation les oblige à réfléchir à la genèse de tous les faits et à leur succession; les questions religieuses et métaphysiques les obsèdent.

» Ils ont souvent peur de quelque chose, ils craignent de se noyer dans une goutte d'eau, ils ne pourront pas traverser une rue, ils se laveront les mains tout le temps par crainte de la malpropreté. Lorsque les idées obsédantes dégénèrent en autoréprobation, ils commencent à trembler, à vomir et entrent quelquefois en convulsions. Même quand ces idées obsédantes sont immorales ou criminelles, elles se traduisent rarement par des actes.

» Ces enfants possèdent en général un sens moral assez développé, ils subissent des luttes intérieures très dures, et comme ils sont intelligents, ils en souffrent beaucoup, cela les empêche d'être les égaux des autres enfants. »

Il est un cas particulier d'anxiété qui se traduit chez le nourrisson par de l'anorexie mentale. Nous entendons par anorexie mentale, de nourrisson toute inappétence absolue irréductible et durable qui s'installe brusquement sans cause d'ordre organique du tube digestif et sans aucune raison d'ordre affectif. On ne peut invoquer à l'âge de ces sujets des explications d'ordre émotif. Les raisons de cette anorexie ne sont pas définies par les auteurs qui en ont traité (Comby, Hutinel, Dubois). Néanmoins il semble ressortir des observations résumées ci-dessous que l'anorexie de ces nourrissons est une réaction psychique élémentaire à l'occasion d'un

changement brusque dans le mode d'alimentation auquel ils sont soumis.

Résumé des observations citées par le Professeur Buffet-Delmas (1).

1° Il s'agit d'un garçon de 1 an qui vient de subir une tentative de sevrage. Une anorexie irréductible s'installe et dure deux semaines. L'amaigrissement est considérable. On fait du gavage, au bout de la troisième semaine un essai d'alimentation est suivi de succès, et désormais l'enfant acceptera la nourriture.

2° Il s'agit d'un nourrisson qui présente dans ses antécédents une iléo-colite à l'âge de 9 mois. Un premier essai de sevrage est effectué à 20 mois, il est suivi d'une inappétence totale. L'enfant doit subir le gavage à la sonde, tout essai de réalimentation reste infructueux. L'anorexie dure sept mois. A cet âge, l'enfant accepte le lait et les œufs et manifeste une répugnance marquée pour tous les autres aliments (bouillies, purées, etc.).

3° *Observation personnelle du Docteur Buffet-Delmas.* — Il s'agit d'un enfant né à terme, remuant, maigre, nourri au sein, distrait au cours des tétées. On tente le sevrage à l'âge de 10 mois, il ne veut que du lait, il refuse les bouillies, et présente quelques troubles intestinaux. A l'âge de 20 mois l'enfant refuse toute espèce de nourriture, même l'eau. Cela dure quelques jours, puis, au cours d'un bain, il se jette sur l'éponge imbibée, la porte à sa bouche, et, pendant huit jours, il ne veut plus boire qu'avec une éponge. L'anorexie durait depuis six mois lorsqu'on essaye d'alimenter l'enfant à la sonde, la maigreur était effrayante, l'enfant, sans résistance, dormait dix-huit heures sur vingt-quatre. Le gavage à la sonde est continué pendant un an.

Il ressort de ces observations que les cas d'anorexie observée chez les nourrissons rentrent dans le cadre de l'anorexie mentale plus haut définie avec, cependant, des circonstances d'apparition communes : un sevrage mal accepté.

(1) Buffet-Delmas, *L'anorexie mentale chez le nourrisson*. (*Archives de médecine des enfants*, mars 1912.)

L'anorexie mentale peut apparaître également chez des enfants avant la puberté. Ses caractéristiques sont les mêmes; néanmoins on peut relever, parmi les causes déterminantes, des lésions organiques autres que celles du tube digestif, et les causes psychiques viennent accroître la complexité du syndrome au fur et à mesure du développement intellectuel de l'enfant.

1° Cas observé par M. le Professeur Cruchet. Il s'agit d'une fillette de 7 ans qui présente depuis quelques jours une anorexie rebelle. Cette petite rentre à l'Hôpital des Enfants dans le service de M. le Professeur Cruchet. On tente de l'alimenter, mais elle persiste à refuser toute nourriture. Elle explique son refus en disant qu'elle souffrait en urinant et, ayant remarqué que la privation de nourriture et de boisson faisait cesser son besoin d'uriner, elle ne s'alimentait plus.

Cette enfant présentait en effet un peu d'infection vaginale, et les mictions étaient si douloureuses qu'elle se privait de boire et de manger pour éviter la douleur.

Les soins qui lui furent donnés améliorèrent son état local, et l'anorexie disparut.

2° Observation citée par Buffet-Delmas. — Il s'agit d'un garçon de 3 ans, né de parents nerveux. Il refuse un jour de prendre les aliments qu'il avait jusqu'alors acceptés avec plaisir. L'enfant maigrit rapidement, le poulx devient faible; il devenait pâle, des œdèmes apparaissent aux extrémités inférieures. Les parents refusent l'isolement et l'enfant meurt au bout de quelques semaines.

Nous avons affaire ici apparemment à une forme d'anorexie mentale essentielle comparable à celle du nourrisson. Mais, dans la 1^{re} observation, nous voyons que l'anxiété est primordiale dans la détermination de cet état; lorsque la cause initiale est d'origine organique, ce n'est pas sous cette forme qu'elle intervient pour provoquer l'anorexie, mais par l'angoisse que la possibilité de souffrir fait naître chez l'enfant.

Que ce soit chez le nourrisson ou chez le grand enfant,

l'anorexie mentale sans lésions organiques (brûlures, spasme, infection gastro-intestinale) traduit un trouble de psychisme de ces enfants, car, vu leur jeune âge, cet état ne s'explique pas comme chez l'adulte par des raisons d'ordre affectif (chagrins, déboires) ou esthétique (peur de grossir).

Les caprices et les peurs infantiles ont parfois, chez certains enfants, un caractère morbide par l'élément anxieux que l'on y observe, par leur durée anormale, et parce qu'ils sont disproportionnés aux événements qui les ont fait naître. Nous résumons un cas de peur infantile observé par M. le Professeur Cruchet (1).

Il s'agit d'une fillette de 3 ans dont les antécédents héréditaires sont très chargés (père alcoolique et syphilitique; trois frères et sœurs morts en bas âge).

Cette enfant eut une grosse frayeur en entendant sa mère crier au cours de son 7^e accouchement. Depuis, elle ne peut se séparer de sa mère, crie si quelqu'un l'approche, ne mange pas, devient triste si elle reste seule. Durant des journées entières elle attend le retour de sa mère devant la porte ou sur le trottoir. Cet état persiste neuf mois après son début.

M. le Professeur Cruchet ajoute : « L'angoisse véritable qui s'empare de cette enfant à l'idée que sa mère va être maltraitée, l'intensité telle de la fixation de cette idée dans l'esprit que l'enfant en perd la notion du boire, du manger, de l'amusement, de la gaîté; tous ces phénomènes, évoluant sans fièvres et sans troubles viscéraux, donnent à cette peur une physionomie vraiment particulière, vu surtout l'âge du sujet (3 ans 3 mois)... Il a fallu ce choc émotionnel pour réveiller la susceptibilité nerveuse de l'enfant, qui, depuis lors, en plus de la peur, est devenue agitée, craintive, sujette à des cauchemars et à des terreurs nocturnes. »

Mönkemoller a décrit deux autres types d'enfants anor-

(1) Moussous et Cruchet : Deux cas de « peur infantile ». Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, séance du 3 mars 1905.

maux, ce sont les tendancieux et les effrénés. Les uns et les autres paraissent dépourvus de volonté.

LES TENDANCIEUX.

« Les tendances sont beaucoup plus dominantes dans la vie de l'enfant dont l'esprit s'éveille que chez l'adulte, et ils refrérent difficilement leurs désirs. Chez les psychopathes tendancieux, les inhibitions n'existent même pas, rien ne les empêche de réaliser ce qu'ils désirent. Ils sont toujours dans un état de mouvement perpétuel, chaque impression provoque chez eux les entreprises les plus inattendues, la lecture d'un roman d'aventures leur fait quitter la maison. Souvent aussi ces tendances obscures, sans cause extérieure, les poussent à des actions sans but, immotivées et nuisibles à leur santé. Sans savoir pourquoi, l'enfant déserte le foyer, la jeune fille se prostitue. Souvent même le tendancieux n'ignore pas qu'il agit mal, mais le remords lui vient trop tard. Autrefois la théorie de la « monomanie » avait été créée d'après ces actions tendancieuses. On avait distingué la cleptomanie et la pyromanie. Ces manies sont l'indice d'une dégénérescence que l'on retrouve dans d'autres travers du jeune enfant. En général, l'état tendancieux ne se manifeste pas par une seule réaction, toute la vie de ces psychopathes est gouvernée par des tendances irrésistibles. »

LES EFFRÉNÉS.

« Cette catégorie de psychopathes se caractérise par un manque absolu de volonté. Ces enfants subissent sans réagir toutes les influences, leur humeur est instable, ils n'ont aucune conviction, leur travail est toujours inachevé. Ils se complaisent dans les plus belles promesses pour les oublier l'instant d'après. S'ils ont de bonnes aptitudes, ils ne savent pas les utiliser, leurs forces fléchissent à la moindre entreprise. Leur sympathie et leur antipathie changent à chaque instant d'objet. Il n'y a que l'inconstance qui soit constante chez eux. Ils attribuent toujours leurs fautes à d'autres enfants, et ils sont généralement satisfaits d'eux-mêmes. Du-

rant que leur faible volonté est gouvernée par l'éducation familiale ou scolaire, les choses vont assez bien, mais dès qu'ils sont livrés à eux-mêmes, n'ayant plus de directive, ils ne restent dans aucune profession. C'est parmi eux que se recrute le contingent de la mendicité, du vagabondage et de la prostitution. »

La jalousie chez les enfants peut atteindre un grand degré de violence. On s'explique mal pourquoi dans une famille de plusieurs enfants, l'un d'entre eux jalouse ses autres frères ou sœurs. Ce sentiment se développe chez l'enfant à la vue des soins et des caresses prodigués au plus jeune, et il est si puissant que l'enfant ne mange plus, ne dort plus, ruminant nuit et jour sa peine. Cette souffrance atteint une telle violence qu'elle a poussé ces malheureux enfants à brutaliser ou à tuer leurs jeunes frères plus choyés. Dans la littérature médico-psychologique, on trouve maints exemples de crimes commis par des enfants dans des paroxysmes de jalousie.

Un enfant de 3 ans étouffa sa sœur au berceau en lui enfonçant une bougie dans la gorge. Une fillette du même âge tua à coups de couteau son jeune frère de 18 mois.

Ce sentiment s'extériorise encore sous la forme d'une inimitié ou d'une haine qui dure parfois autant que la vie.

Enfin, si nous considérons le suicide dans le jeune âge, nous voyons, là encore, comme dans la jalousie, qu'un déséquilibre essentiellement affectif préside à l'accomplissement de cet acte contraire à l'instinct vital si puissant chez l'enfant.

Un chagrin, une contrariété, de mauvais traitements, une réprimande, de mauvaises notes en classe, toutes choses qui laissent tant d'autres enfants indifférents, suffisent à ces petits psychopathes pour les déterminer au suicide. Moreau (1) dit que le suicide est plus fréquent chez des enfants impressionnables, peu expansifs, tristes et mélancoliques. Barbaux (2),

(1) *Le suicide chez les enfants*, Moreau, Thèse de Paris, 1906.

(2) *Etude du suicide chez les enfants*, Barbaux, Thèse de Paris, 1910.

dans ses statistiques, cite des suicides d'enfants à peine âgés de 3 ans. A côté de cette émotivité anormale qui les fait réagir d'une façon violente pour d'infimes prétextes, ces enfants ont un trouble imaginatif qui consiste à donner aux choses les plus simples des proportions démesurées.

L'enfant peut se tuer encore sans le moindre motif, poussé par un force invincible et sans même se rendre compte de ce qu'il fait. Il appartient généralement, dans ce cas, à une famille de suicidés et a hérité de ses ancêtres l'impulsion au suicide.

Les jeunes comitiaux qui, dans des accès d'automatisme ambulatoire, attentent à leur vie, les enfants qui se tuent par imitation, forment encore deux groupes d'enfants ayant perdu momentanément le contrôle de leurs actes.

Moreau et Barbaux disent que l'enfant ne prémédite jamais son suicide.

Nous pensons que toutes ces manifestations psychopathiques chez des enfants physiquement bien portants sont dues en grande partie à l'hérédité, qui a fragilisé leur terrain mental au cours des générations successives, et aux mauvaises habitudes.

Nous avons voulu montrer dans ces quelques pages que là où on ne voit qu'un défaut de caractère, il y a souvent une atteinte plus profonde. Ces anomalies mentales peuvent s'améliorer de bonne heure, mais aussi persister jusqu'à l'âge adulte; certaines même peuvent être le prélude de psychoses graves.

Falkenberg disait : « Un certain nombre d'anormaux, non arriérés, les uns même très intelligents, deviennent dans la vie, originaux, excentriques, demi-fous. Cette demi-folie aboutit chez d'autres à la démence complète. »

Spurzheim écrivait encore : « A l'époque de la puberté, beaucoup de jeunes enfants ayant des dispositions précoces et une imagination exaltée deviennent mélancoliques... Ils finissent trop souvent dans une apathie générale ou dans la démence. »

CHAPITRE II

LES PSYCHOSES DE L'ENFANCE

« On entend par psychoses des troubles d'origine cérébrale, passagers, intermittents, durables ou permanents, sans lésions appréciables, se traduisant par des perversions de l'intelligence, de la mémoire, du jugement, de la volonté, des sentiments, de la parole, avec répercussions possibles sur la motilité, la sensibilité, la nutrition générale. » Telle est la définition que Comby donne dans son *Traité des maladies de l'enfant*.

I. — Les psychoses aiguës.

PREMIÈRE MANIFESTATION CLINIQUE : LES DÉLIRES AIGUS.

Les délires sont des manifestations psychiques aiguës, d'intensité variable qui naissent à l'occasion d'infections ou d'intoxications diverses de l'organisme et qui disparaissent progressivement au déclin de l'affection ou à la période de convalescence.

Toutes les maladies éruptives (rougeole, scarlatine, variole, etc.), toutes les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, pneumonie, grippe, méningites, otites suppurées) peuvent déterminer l'apparition de ces accidents cérébraux. La physionomie clinique des délires est à peu près la même, quelle que soit l'infection ou l'intoxication en cause, et leur intensité varie avec la violence des phénomènes infectieux et avec les sujets, qui peuvent être plus ou moins prédisposés.

Si le délire ne constitue qu'un épisode au cours des maladies infectieuses ou des intoxications, les accidents généraux dominant l'histoire clinique, on est en présence d'une forme simple de délire.

Mais si les troubles mentaux dominent la scène, en particulier dans les maladies infectieuses ataxo-adiynamiques, les symptômes généraux de la maladie elle-même étant peu accusés, on pourra passer à côté de celle-ci et diagnostiquer un délire aigu.

Ces deux formes de délire ne diffèrent que par l'intensité et la durée des phénomènes mentaux, ils sont l'expression de l'imprégnation profonde des centres nerveux par les toxines microbiennes.

Presque tous les enfants délirent au cours des maladies infectieuses fébriles; si l'affection est bénigne, une rougeole, par exemple, l'enfant est plongé dans un état de torpeur; son sommeil est troublé par des rêves à caractères effrayants ou zoopsiques qui le réveillent en sursaut. Mais il parle peu, s'agite à peine; son délire est tranquille, exclusivement nocturne, évolue pendant peu de temps, et disparaît rapidement dès que l'enfant n'a plus de fièvre.

Dans la forme ataxique de la dothiéntérie, l'invasion microbienne étant brusque et massive, avec une température rapidement élevée, à 40-41 degrés, le cerveau du petit malade est plus sévèrement lésé, le délire est aigu et violent, se manifeste, nuit et jour, d'une façon presque continue, « comme un véritable rêve prolongé » dit Régis. C'est un délire de parole et d'action, accompagné de convulsions et de soubresauts tendineux : l'enfant parle, crie, s'agite furieusement, et les actes de somnambulisme ne sont pas rares dans les périodes les plus aiguës.

Ces phénomènes délirants, qui évoluent dans le sommeil et l'inconscience, sont appelés pour cela délires oniriques, ils ont un caractère de rêve.

Régis dit : « C'est une sorte de rêve allant, suivant son

degré d'intensité, depuis le rêve immobile et muet jusqu'au rêve d'action, en passant par le rêve parlé. »

Les éléments qui constituent les délires sont peu différents de ceux que contiennent les rêves. C'est : le rappel d'images et de souvenirs, l'hyperimagination, les associations d'idées fantaisistes, les hallucinations de tous les sens, surtout visuelles, les associations régressives, les actes d'automatisme, l'absence de jugement et de contrôle. Les hallucinations visuelles et douloureuses ont parfois une intensité extrême, comme en témoigne cet exemple de Gignier, cité par M. le Professeur Cruchet : « Un enfant de 3 ans 1/2 atteint de méningite tuberculeuse sentait les mouches lui manger les yeux et voyait des chats courir le long des murs. »

Tous ces éléments idéo-imaginatifs ont un caractère commun : c'est la rapidité de leur rythme.

Le souvenir des représentations délirantes est très variable; on a signalé que le délirant très fébrile a presque toujours une lacune amnésique portant sur une partie ou la totalité de son délire. Dans l'intervalle des bouffées délirantes, l'enfant redevient lucide et orienté.

Les facultés intellectuelles conservent, en général, toute leur intégrité après la cessation de ces phénomènes délirants; cependant on a observé après des atteintes de fièvre typhoïde grave l'affaiblissement et même la perte de la mémoire chez de nombreux enfants.

Les lésions anatomo-pathologiques que l'on a découvertes à l'autopsie des enfants morts de la fièvre typhoïde et de pneumonie ayant eu du délire sont de nature congestive (congestion de la pie-mère, sérosité abondante dans les ventricules cérébraux) avec de petites hémorragies capillaires, mais sans lésions corticales.

D'une façon habituelle, si les accidents de toxi-infection n'épuisent pas la résistance des enfants, ils guérissent et leurs désordres mentaux disparaissent avec la maladie elle-même.

DEUXIÈME MANIFESTATION CLINIQUE : LA CONFUSION MENTALE.

Régis dit que « la confusion mentale est, par ses origines et par ses caractères, analogue au délire infectieux ».

Les symptômes confusionnels apparaissent au cours des maladies infectieuses chez l'enfant dont l'organisme est fatigué, surmené et après une phase de grande lassitude.

Dans la forme simple, on observe chez l'enfant un état de torpeur cérébrale : il éprouve une difficulté considérable à évoquer ses souvenirs, reconnaître son entourage et exprimer ce qu'il désire. L'attention a des défaillances, et c'est là un signe qui fixe sur la gravité des troubles mentaux.

Dans la forme délirante ou hallucinatoire, le confus a un délire très incohérent et profond, ses hallucinations sont très vives. Tandis que le délirant simple est assez facilement sorti de son rêve par une brusque interpellation, le confus délirant ne peut pas, dans l'intervalle de ses rêvasseries, revenir à son état normal, il est hébété.

Dans la confusion mentale stupide, il y a un arrêt des opérations mentales, on dirait que les facultés intellectuelles sont paralysées : l'enfant ne répond plus, ne comprend plus, ne parle plus; son attention est totalement absente. Les gens et les objets ne sont plus que des choses informes qu'il ne peut plus ni reconnaître ni situer.

Si on le sollicite à prendre un jouet ou à manger des aliments préférés, on se heurte à une incompréhension totale, l'enfant ne sait plus faire les gestes habituels. Cet état de stupeur confusionnelle, caractérisé par une désorientation dans le temps et dans l'espace, est l'indice d'une intoxication profonde des centres nerveux. Les phénomènes physiques particuliers à cet état sont l'hypothermie, l'irrégularité du pouls et de la respiration.

Dans la forme confusionnelle suraiguë, il n'y a pas progression des phénomènes mentaux, ils s'établissent d'emblée avec leur maximum de violence. Le malade a des hallucinations

visuelles terrifiantes, il s'agite furieusement; on est obligé de le maintenir, car il a perdu tout contrôle de ses actes.

Les symptômes physiques sont généralement très graves au cours de ces états infectieux (grippe, pneumonie, fièvre typhoïde) avec confusion mentale suraiguë. L'amaigrissement est rapide et considérable; la respiration et le pouls sont irréguliers; le cœur a des défaillances; la thérapeutique est inutile et dangereuse et l'enfant meurt avec une température qui monte brusquement à 41 degrés. Même dans les cas où la température tombe avec l'agitation, ce n'est que pour un laps de temps très court, et toutes deux réapparaissent brusquement.

Le ralentissement ou l'arrêt de la pensée, la désorientation dans le temps et dans l'espace, l'amnésie, l'absence d'attention, l'impossibilité d'identifier des visages familiers, constituent les symptômes communs à ces quatre formes de confusion mentale.

L'évolution de ces troubles mentaux est assez variable, elle est subordonnée à la gravité de la maladie et à la prédisposition de l'enfant. La guérison survient toujours après deux ou trois semaines, sauf dans les formes suraiguës, où la mort est le terme habituel. Dans certains cas, la durée des phénomènes confusionnels peut se prolonger pendant plusieurs semaines. M. le Professeur Cruchet rapporte le cas, publié par Comby en 1912, d'un enfant de 10 ans atteint de pneumonie avec confusion mentale et mutisme qui persista pendant un mois. Ces troubles mentaux aigus peuvent donner naissance à une psychose chronique; lorsqu'il n'y aura aucun retour de l'intelligence, on pourra penser à la démence, il faudra s'assurer de la déficience réelle des facultés et des sentiments; on pourra encore penser à un état de psychasthénie surtout chez les jeunes écoliers surmenés, mais le confus mental est désorienté et incohérent; le psychasthénique sait ce qu'il fait et ce qu'il dit.

Les lésions anatomo-pathologiques découvertes dans les cas de confusion mentale (4 cas autopsiés de Ballet, 1898), ne

sont plus des phénomènes congestifs comme dans les délires : on a signalé l'altération profonde des cellules corticales, qui deviennent arrondies globuleuses, perdent leur prolongement, et présentent une chromolyse partielle.

Nous pouvons conclure que les délires aigus et la confusion mentale sont deux formes de dysfonctionnement du cerveau au cours des intoxications ou infections de l'organisme. Mais tandis que le délire est une réaction fonctionnelle éphémère et sans gravité, le pronostic de la confusion mentale s'assombrit avec la durée des troubles mentaux.

Le traitement consiste à guérir la maladie, à faciliter l'élimination des poisons toxiques ou microbiens, à prescrire les bains tièdes, le calme et le repos. Contre le refus d'aliments et de boisson, il faut, à l'exception de la fièvre typhoïde, alimenter ces petits malades à la sonde.

M. le Professeur Cruchet signale que, dans les délires aigus, la ponction lombaire lui a toujours donné de bons résultats : le délire devient calme et l'hébétude disparaît. Il nous semble rationnel de la pratiquer systématiquement, puisqu'elle présente deux avantages : 1° de décompresser les centres s'il y a hypertension par congestion ; 2° de soustraire par le liquide céphalo-rachidien que l'on retire une certaine quantité d'éléments toxiques capables de léser le système nerveux.

TROISIÈME MANIFESTATION CLINIQUE : LA MANIE AIGUË.

Cette psychose n'a pas été observée à l'état pur chez les enfants, mais les accès d'excitation maniaque sont assez fréquents.

Régis définit cette maladie mentale ainsi : « La manie est un état d'excitation psychique violente et désordonnée avec parallélisme d'excitation dans la vie psychique. »

Ces accès d'excitation n'apparaissent pas brusquement, ils sont précédés par une période plus ou moins longue pendant laquelle on a observé un changement d'humeur, de l'insomnie, des céphalées, des troubles digestifs.

Les enfants qui étaient gais et aimables deviennent en quelques jours maussades et irritables; un état de grande lassitude les empêche de travailler en classe et de s'amuser; leur appétit disparaît, leur sommeil est très court et fréquemment interrompu; ils accusent de violentes céphalées.

Puis le syndrome maniaqué éclate : ces enfants ont les yeux brillants, une allure désordonnée, un besoin incessant de se mouvoir et de parler. Leur loquacité est analogue à un délire, elle est caractérisée par une grande fuite d'idées, qui fait que ces enfants ne peuvent pas terminer leurs histoires; leurs associations d'idées étant très rapides, ils font des rapprochements imprévus et incohérents; en dépit d'une excellente éducation, ils profèrent souvent des paroles ordurières. Cette dispersion de leur pensée, sans lien avec les faits de l'existence, est due à une surexcitation de leur intelligence et à une déficience de leur attention et de leur jugement. Leur mémoire est généralement bien conservée et leurs souvenirs restent précis.

En même temps, ces enfants sont extrêmement agités, ils se déplacent et courent sans raison, brisent les objets ou les changent de place. A la moindre contradiction, ils entrent dans de violents accès de colère; ils ont des crises d'hilarité souvent paradoxale : ainsi l'annonce d'un décès, au lieu de les affliger, provoquera un grand contentement. C'est encore par accès qu'ils se livrent sur leur entourage à des taquineries de mauvais goût.

Leur vie affective est aussi instable que leur vie intellectuelle et leur gentillesse alterne avec un vif désir de mal faire impossible à refréner; sans motif, et d'un jour à l'autre, leur affection changera de sujet. Parfois même leur puissance affective subit des perversions, et l'on voit des enfants très jeunes aimer avec sensualité un membre de leur famille ou des étrangers. Nous trouverons cette perturbation psychique chez une fillette de 6 ans dans l'observation IV.

Leur tenue extérieure est aussi désordonnée que leur tenue mentale : ils déchirent leurs vêtements, se dévêtent en pre-

nant des attitudes obscènes, ils trépignent et crachent avec rage. Ils ne redoutent ni la chaleur ni le froid, ni les coups, ni les blessures, car leur sensibilité est très émoussée. Ils sont voraces et gourmands, leur langue saburrale traduit un état d'infection gastio-intestinale entretenue par un excès d'alimentation et par une constipation opiniâtre.

On ne note pas de variations de température malgré l'agitation continuelle qu'ils manifestent pendant toute la journée. Il est assez rare qu'un seul accès d'excitation maniaque soit suivi de guérison définitive; plus habituellement, ces phénomènes persistent pendant plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois avec des périodes intercalaires de calme relatifs. Ils récidivent après des temps variables, et la guérison a lieu progressivement, à moins qu'un accès plus aigu ou des affections intercurrentes emportent ces petits malades.

Nous insistons sur ce fait que ces accès d'excitation maniaque surviennent chez des enfants qui ont des antécédents personnels très chargés : ou bien ils ont toujours manifesté un état d'excitation anormale, ou bien ils ont eu une ou plusieurs maladies infectieuses et éruptives, diphtérie, rougeole, encéphalite, scarlatine, etc., et c'est l'une de ces affections qui a été suivie de cette psychose aiguë.

Nous avons dit au début de ce paragraphe que la manie n'avait pas été observée à l'état pur chez l'enfant; on trouve presque toujours d'autres manifestations pathologiques surajoutées, ou bien de la dépression, ou bien de l'épilepsie, et en dehors de leurs accès de joie paradoxale, on ne peut pas dire qu'ils ont l'euphorie particulière aux vrais maniaques.

En présence de ces accès d'excitation, il faudra éliminer la confusion mentale délirante, les délires aigus, qui sont contemporains d'une maladie infectieuse et qui disparaissent avec elle. Si l'incohérence, les crises d'agitation, la fuite des idées, sont communes à l'excitation maniaque et à la démence précoce, l'affaiblissement intellectuel, l'indifférence affective totale, le négativisme, l'attention impossible à fixer, sont des éléments propres au syndrome dementiel. Le traite-

ment de l'excitation maniaque exige l'isolement de l'enfant hors de son milieu familial, la vie au grand air, une alimentation mesurée, les bains tièdes et les calmants.

Mönkemoller dit de ces enfants : « Les enfants maniaques sont en permanence dans un état de manie légère, ils se caractérisent par la rapidité de leurs représentations imaginatives et sont toujours dans un léger état d'exaltation. Ils sont toujours très vivement inquiets, ne peuvent rester assis une minute; ils ont toujours quelque chose à faire ou à raconter et trouvent souvent un motif pour rire.

» Rien de ce qui se passe dans leur entourage ne leur échappe; ils s'y intéressent aussitôt; c'est avec enthousiasme qu'ils se lancent dans chaque jeu, bien qu'ils n'aient pas la patience d'en attendre la fin.

» Ils comprennent les choses avec une grande facilité, ils disposent d'une force d'entendement qui dépasse largement leur jeune âge, mais malgré cela leur rendement à l'école est inférieur. Ils n'ont pas de suite dans les idées : tout les distrait, ils ne vivent que pour s'occuper de futilités ou de bêtises à faire et ils tournent tout en ridicule. Ils sont la terreur de leur maître parce qu'ils leur posent des questions surprenantes et indiscretes.

» Leur besoin de sommeil et de repos est très limité. Ils sont animés de la même persévérance pour faire le bien et le mal. Leur bonne humeur est inébranlable, on n'arrive ni à les fâcher, ni à les attrister; ils ne sont pas rancuniers et croient la vie très agréable. Même s'ils sont paresseux ils préparent leur examens sans aucune crainte.

» Ce sont des chefs innés, aimables, très éloquents dans leurs conversations; ils ont peu d'égard pour les vieillards; de bonne heure ils s'adonnent à la boisson. »

QUATRIÈME MANIFESTATION CLINIQUE : LA MÉLANCOLIE.

On a signalé des accès de mélancolie dans l'enfance, bien que celle-ci soit exempte de soucis et de chagrins profonds

C'est un état de dépression anxieuse avec conceptions délirantes qui s'installe progressivement et sans cause apparente. La symptomatologie de cette psychose est l'opposé de ce que l'on observe dans la manie : là on notait une excitation soudaine, avec loquacité, euphorie, colère, fuite d'idées, agitation désordonnée; ici on observe un ralentissement progressif de l'activité, du mutisme, des crises de larmes, de la rumination mentale, une inertie envahissante et invincible.

Les jeunes mélancoliques, sur lesquels pèse une grande tristesse, ont aussi des idées de persécution : ils se méfient de leur entourage, dont ils interprètent faussement les actes; ils sont persécutés par leurs maîtres, par leurs camarades, par leurs parents; les mauvaises notes et les punitions sont toujours des injustices.

Ils ont des troubles de l'appétit et peuvent refuser de manger; leur nutrition générale est mauvaise, il en résulte un amaigrissement, qui est dû également à une insomnie persistante.

Les idées hypocondriaques, les idées de culpabilité, les idées de mort, hantent leur petit cerveau. Dans des paroxysmes de mélancolie ils peuvent être poussés au suicide; les idées de persécution les amènent parfois au crime.

Comby cite le cas d'une fillette de 7 ans qui, au cours d'un accès de mélancolie, faisait des rêves effrayants et avait des idées de mort.

Le diagnostic sera établi sur l'existence d'une tristesse permanente, avec inertie intellectuelle et physique et idées de persécution, de culpabilité ou de mort.

Les état mélancoliques simples pourront, s'ils sont très légers, en imposer pour une atteinte de psychasthénie, surtout si l'on a affaire à un écolier surmené, car dans les deux cas on trouve de l'anxiété. Mais si le petit mélancolique affirme qu'il est persécuté, le psychasthénique en doute (1).

La mélancolie avec stupeur pourrait encore faire songer à

(1) Diagnostic différentiel de la psychasthénie et des psychoses, par Vinchon, *Monde médical*, 13 janv. 1930.

la confusion mentale; ces deux états comportent en effet un ralentissement de l'activité intellectuelle, mais dans la mélancolie il y a de la tristesse sans désorientation et sans hallucinations.

Ces accès mélancoliques chez les enfants sont aigus et disparaissent rapidement; on n'a pas signalé comme chez les adolescents des cas de mort par cachexie mélancolique.

Le traitement comporte le repos physique et mental, les reconstituants, les distractions peu fatigantes, parfois la surveillance étroite lorsque ces enfants ont des idées de mort ou de persécution.

Mönkemoller ⁽¹⁾ appelle ces enfants les dépressifs; il décrit leur état psychique comme il suit :

« La constitution psychopathique dépressive s'exprime par une dépression morbide permanente, qui peut apparaître dans l'âge le plus tendre.

» Ce sont des enfants effarouchés qui ne regardent leur existence que du côté triste. Dans leur propre famille, ils se sentent seuls; ils ne connaissent pas l'amitié, le jeu ne les intéresse pas. Jamais ils ne rient; ils recherchent la solitude pour s'adonner à leurs pensées moroses. A l'école, ils se défient de leur propre force, bien que leur intelligence paraisse les placer à la tête de leur classe; ils sont apathiques dans tous leurs travaux, qu'ils accomplissent avec timidité et crainte; chaque devoir de classe constitue pour eux une véritable menace.

» Ils n'ont pas confiance en leur professeur et croient leurs camarades bien au-dessus de leur propre valeur.

» Dans n'importe quel autre rapport avec la société, ils ne répondent qu'avec retenue, ils sont toujours embarrassés, toujours hésitants. Ils ne font pas de remarques personnelles, n'ont aucun sens pratique et ne savent pas saisir l'opportunité d'une occasion. Ils ne voient partout que difficultés, ils réfléchissent toujours et trop longtemps pour chaque chose, si bien

(1) Mönkemoller, *Les psychopathies infantiles et juvéniles.*

qu'ils n'arrivent jamais à s'acquitter des tâches les plus faciles. Ils sont hantés par l'idée qu'on puisse leur demander un travail qu'ils seraient incapables d'exécuter. Ils sont torturés parce qu'ils n'ont pas confiance en eux, ils n'osent pas extérioriser ce qu'ils pensent. Ils sont toujours mécontents d'eux-mêmes parce qu'ils exigent trop de leur volonté, et plus les essais renouvelés d'achever ce qu'ils ont commencé échouent, plus grand est leur désespoir. Comme habituellement on ne les comprend pas, on les traite sans douceur. Ils se sentent alors repoussés, brimés quand ils se comparent à d'autres enfants. Leur abattement est mêlé d'un sentiment de profonde amertume, ils se complaisent dans l'idée du suicide, mais ils ne la mettent jamais à exécution. Ils se contentent de se comporter en martyr et prennent une attitude adéquate. »

II. — Les psychoses chroniques.

PREMIÈRE MANIFESTATION CLINIQUE :

L'EXCITATION OU IRRITATION CÉRÉBRALE.

L'excitation cérébrale est une psychose chronique, particulière au jeune âge, qui commence à se manifester parfois dès les premiers jours de la vie, qui peut persister durant plusieurs années et même jusqu'à l'âge adulte. Elle est caractérisée par une agitation cérébrale et par une incessante mobilité physique. Simon dit que l'irritation cérébrale « est un état qui apparaît chez les enfants de 2 à 8 ans, caractérisé par une agitation perpétuelle et une intelligence faible ». Il ajoute que cet état peut aboutir aux convulsions et à la folie.

On peut apprécier dès le berceau cet état d'excitation anormale : l'enfant crie d'une façon incessante et sans raison ; il s'agite continuellement, dort à peine, se réveille en sursaut. Cette insomnie nocturne et diurne est symptomatique de cet état. D'autres enfants ne manifestent leur excitation que dans la journée, par des cris et des pleurs insolites, par de véritables crises de colère avec spasmes ; leur sommeil est à peu près normal mais court. Plus tard, à la moindre contrariété, au

plus petit retard apporté à la satisfaction de leur appétit ou de leurs caprices, ces enfants ont de violents accès de rage. A l'occasion de ces emportements, leur visage se cyanose; ils ont de l'apnée et perdent même connaissance; ou bien ils présentent de la suffocation aiguë par spasme de la glotte, de la tétanie légère, des convulsions généralisées. Le spectacle de ces jeunes enfants est effrayant à voir et inspire de l'inquiétude à leur entourage. Dès qu'ils savent marcher, ils ne restent jamais en place. Si ces phénomènes ne s'amendent pas, ces enfants deviennent très capricieux et très irritables; ils ont une grande mobilité d'idées et de désirs et manifestent une grosse exagération émotive. Leur impressionnabilité est telle qu'une petite frayeur détermine chez eux de la pâleur, du tremblement et parfois même un état syncopal. Ils manifestent leur joie par des mouvements désordonnés et leur peine par de véritables crises de désespoir. A l'école, on a constaté leur peu d'assiduité, leur manque d'attention, la mobilité de leur esprit, leur faible capacité de travail; ils font des progrès lents et irréguliers. Les petits excités très intelligents arrivent à suivre normalement les classes parce que leur grande vivacité de compréhension supplée à leur manque de réflexion.

L'hérédité mentale, tuberculeuse, syphilitique, alcoolique, etc., peut créer cette excitation cérébrale chez l'enfant, comme nous l'avons dit au début de ce travail. Mais nous insistons sur l'importance des maladies infectieuses et des agents d'intoxication dans la genèse de cet état. Des accidents méningitiques, même frustes, peuvent laisser après eux cette irritabilité anormale.

Une nourrice intempérante peut alcooliser son nourrisson, qui deviendra irritable et capricieux. Nous avons vu revenir plusieurs fois à la consultation médicale de M. le Professeur Cruchet, à l'Hôpital des Enfants, de jeunes mères dont les enfants criaient, s'agitaient sans répit, présentaient des ébauches de convulsions et de l'insomnie, avec un état de santé parfois inquiétant. Ces enfants, certains âgés de quelques

mois à peine, buvaient du vin, du café, même un peu d'alcool, d'une façon presque journalière, bien qu'à plusieurs reprises on en ait indiqué la suppression.

Le diagnostic est basé sur les cris, l'agitation, l'insomnie, les troubles du caractère, l'existence de réflexes normaux, sans incoordination des mouvements et sans tremblements.

Il faut instituer un régime exclusivement lacté chez les nourrissons, lacto-végétarien chez les enfants en bas âge. La suppression du café, du vin, des alcools, doit être rigoureuse, car on voit encore, dans certaines régions, persister la vieille habitude de mettre des quantités variables d'eau-de-vie dans les biberons des enfants. Les bains tièdes, la vie à la campagne, les jeux tranquilles, amènent souvent une grande amélioration.

Comby écrit, dans son *Traité des maladies de l'enfance* : « L'excitation cérébrale dure toujours très longtemps, parfois pendant toute la période infantile, et peut se transformer plus tard en une névrose, hystérie ou chorée. »

DEUXIÈME MANIFESTATION CLINIQUE :

LA PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE.

Les accès de manie aiguë et de mélancolie peuvent alterner sans période intercalaire; après une crise d'excitation maniaque, on peut voir apparaître un accès de dépression mélancolique, ou inversement. Mais qu'il y ait ou non une période de vie normale entre ces deux états, leur succession constitue la folie à double forme maniaque dépressive, circulaire et périodique. Cela ne veut pas dire que l'un de ces deux états passe à la chronicité. M. le Professeur Cruchet écrit (1) : « La folie à double forme maniaque dépressive, caractérisée, chez le même sujet, par l'alternance immédiate ou plus ou moins éloignée d'accès maniaque et d'accès mélancolique, a été, quoique rarement, observée dans l'enfance. »

(1) Professeur Cruchet, *Les psychoses chroniques. (La Pratique des maladies des enfants, p. 685.)*

La guérison est signalée comme pouvant se faire après plusieurs semaines ou plusieurs mois de traitement. Le traitement comporte l'isolement, les calmants, les bains, dans les états d'excitation; les jeux, les distractions, les promenades, dans les accès de dépression.

Mönkemoller appelle ces enfants les périodiques; il les décrit ainsi :

« Chez les enfants, les oscillations de l'humeur viennent de leur état d'âme et n'ont aucun rapport avec des événements extérieurs déterminés. Leur changement d'humeur se fait parfois sans transition. Un enfant qui, la veille, avait l'air normal, éveillé, gai et prompt à la riposte, voit le lendemain disparaître cette sensation de bien-être et un état d'exaltation démesurée s'installe. L'enfant devient inquiet, parle beaucoup, s'amuse avec exubérance et au détriment des autres. Il a besoin de se dépenser, on doit le forcer pour aller en classe; cette augmentation de la tension se traduit par un visage coloré, des yeux étincelants et par une attitude décidée. Ou bien encore l'enfant, d'habitude si vif, sombre tout à coup dans la dépression la plus profonde et s'adonne à des pensées tristes. Rien ne le distrait, il fuit le travail, il est sans appétit, la digestion et le sommeil sont troublés. Ce malheureux enfant est opprimé par une céphalée tenace et par une fatigue générale; souvent de mauvaise humeur, il passe son temps à se promener, n'étant disposé à rien faire. En général, ces périodiques infantiles connaissent bien leur état, mais ils n'essayent pas de lutter contre leur humeur changeante, car ils savent bien que ce serait en vain. Et quand on les réprimande sévèrement, ces anomalies d'humeur s'accroissent encore davantage. »

TROISIÈME MANIFESTATION CLINIQUE :

LES DÉLIRES CHRONIQUES.

Le délire de jalousie est certainement le délire le plus fréquent chez les jeunes enfants. On a observé ce trouble psychi-

que chronique chez des sujets en très bas âge. Les soins donnés à un enfant plus jeune, les jouets dont il s'amuse, les promenades qu'on lui fait faire, la nourriture elle-même, les vêtements qu'il porte et, plus encore, les caresses qu'il reçoit, sont des faits qui alimentent incessamment leur délire et que leur imagination dénature et amplifie. Ils ont un chagrin permanent qui détermine chez eux de l'anorexie et de l'insomnie; ils maigrissent, deviennent tristes et inquiets. Ou bien, ils n'acceptent pas cet état de choses, ils ont de violentes réactions, se suicident ou tuent l'enfant qu'ils jalouent.

Les autres formes de délire systématisé chronique avec idées de grandeur, idées mélancoliques, idées de persécution, idées hypocondriaques apparaissent surtout à la période de la puberté.

QUATRIÈME MANIFESTATION CLINIQUE : LA DÉMENCE PRÉCOCE.

Dans l'enfance comme dans l'âge adulte, la démence précoce est un état de déchéance psychique totale qui s'installe progressivement chez un enfant d'intelligence normale et qui intéresse toutes ses facultés.

Les cas de démence précoce infantile survenus avant la puberté sont exceptionnels; néanmoins elle a été signalée par quelques auteurs tels que Kroepelin, Meyer, Vogt; quelques observations recueillies à la clinique psychiatrique du professeur Weber, à Genève, ont été rapportées par Mlle Hollœnder; Hansbralter en a publié aussi quelques observations. Les trois variétés cliniques classiquement admises et constatées dans l'enfance sont la forme dementielle simple, la forme catatonique et la forme hébéphrénique, ou délirante.

L'enfant a d'abord une période de vie normale, au point de vue intellectuel, moral et affectif, qui est de plus ou moins longue durée.

Les voies d'entrée dans la démence précoce sont multiples et la période prédéméntielle est souvent assez longue. La cause est fréquemment d'origine affective : une émotion, de grosses

frayeurs déséquilibrent le psychisme de l'enfant, qui reste bizarre, triste, et la désagrégation mentale apparaîtra quelque temps après.

Ou bien ce sont des phénomènes confusionnels ou délirants qui se prolongent après la guérison d'une fièvre typhoïde, par exemple, et qui ouvrent la scène à un affaiblissement intellectuel progressif.

Ce sont encore des troubles du caractère, sous la forme de perversions instinctives avec incapacité de se plier à la vie familiale et à l'organisation scolaire, qui précèdent la démence précoce.

L'enfant peut encore entrer dans la démence par des périodes alternées d'excitation et de dépression.

La forme de démence simple est caractérisée par un affaiblissement progressif des facultés psychiques, « sans que la période d'état soit marquée par l'explosion d'accidents aigus, délirants ou catatoniques » (Masselon).

Dans la forme catatonique, l'enfant présente des états de stupeur et d'excitation. Dans cet état de stupeur, le petit malade adopte une attitude qu'il reprend constamment, quoi qu'on fasse pour la lui faire abandonner. Cette tendance à reprendre la même position, à répéter les mêmes mots, à refaire les mêmes gestes automatiques, constitue les stéréotypies.

La suggestibilité, déjà considérable chez l'enfant normal, est curieuse dans la démence précoce; on notera de l'écholalie, lorsque l'enfant répète les mots prononcés devant lui; de l'échopraxie, s'il refait exactement les mêmes gestes qui sont exécutés devant ses yeux; de l'échographie, quand il écrira tout ce qui est tracé en sa présence.

Le négativisme est aussi prononcé chez l'enfant que chez l'adulte; si on lui présente de la nourriture il refusera de manger; qu'on lui dise de tirer la langue et il fermera énergiquement sa bouche; si on lui enjoint de marcher, il demeurera sur place.

Ces états de suggestibilité et de négativisme, qui s'opposent

par leurs manifestations, montrent bien le déséquilibre mental de ces sujets.

On a signalé encore dans cette forme démentielle les attitudes catalepsoïdes : ces petits malades peuvent rester très longtemps dans des positions difficiles et fatigantes qu'on leur impose, sans qu'ils paraissent en souffrir et comme si leur fatigabilité musculaire n'existait plus.

Dans la forme hébéphrénique ou délirante, l'enfant manifeste des troubles délirants sans systématisation, avec confusion notable dans les idées et incohérence progressive. Parfois, ces jeunes malades deviennent très agités et furieux et sont sujets aux impulsions.

Quelle que soit la forme de la démence précoce, on a toujours observé deux grandes phases psychologiques dans l'évolution de cette psychose chronique.

Dans une première phase, l'enfant présente de la régression affective qui va jusqu'à l'indifférence émotionnelle totale, avec troubles de la volonté, du jugement, et impossibilité d'adaptation. Ce sont les symptômes démentiels les plus importants chez l'enfant.

La deuxième phase est de nature amnésique, la mémoire de fixation et de souvenir se désagrège progressivement. L'amnésie de la démence précoce est essentiellement lacunaire; certains souvenirs tombent dans l'oubli définitif; l'enfant, réduisant son langage à quelques mots, ne peut plus nommer les objets usuels et devient peu à peu incompréhensible. Cette désagrégation de la mémoire porte encore sur les gestes habituels; l'enfant ne sait plus s'habiller, ni marcher, ni manger.

Mais les petits déments précoces ne présentent pas seulement des troubles d'origine psychique; tout leur organisme est atteint. Ils ont parfois une faiblesse extrême, de l'analgésie, des paralysies fugaces, des troubles digestifs graves, des troubles sécrétoires, des troubles de la nutrition générale (glycosurie), amaigrissement, et ils finissent, après quatre ou cinq ans de maladie, dans la cachexie et le gâtisme.

Lorsque la démence précoce s'installe vers l'âge de 7 à 8 ans, évoluant jusqu'à la période pubère et même la dépassant, on constate un retard du développement physique; les signes de la puberté s'arrêtent ou n'apparaissent pas, et l'enfant reste dans un état d'infantilisme physique.

Quelle est donc la cause de cette déchéance intellectuelle et physique apparaissant chez des enfants jusque-là tout à fait normaux ? La fragilité cérébrale constitutionnelle et une lourde hérédité spécifique ou tuberculeuse peuvent créer un terrain favorable à l'éclosion de cet état dementiel, disent certains auteurs. L'hérédité peut jouer un rôle important, mais elle n'explique pas pourquoi, dans une famille de plusieurs enfants, portant tous le poids des mêmes tares, certains enfants restent parfaitement normaux, alors que d'autres deviennent des déments.

On invoque une cause de nature toxique qui crée des lésions cérébrales et détermine ces processus psychiques dementiels. M. le Professeur Perrens nous disait, dans son cours de pathologie mentale : « S'il s'agissait de sclérose des éléments nerveux, cette cause de troubles psychiques ne disparaîtrait pas. Or ces malades apathiques ou excités peuvent redevenir normaux et calmes à l'occasion d'un choc toxique (fièvre typhoïde) ou d'un choc émotif, et, dès que la fièvre typhoïde ou le choc affectif est passé, l'état dementiel réapparaît. »

La démence précoce est liée à l'hérédité, au surmenage, à l'onanisme, qui crée un abrutissement physique et intellectuel, mais tous ces facteurs, qui perturbent les organismes infantiles, sont insuffisants pour expliquer la genèse de cette psychose.

M^{me} Pascal écrit (1) : « Il ressort que ni la dégénérescence, ni l'hérédité, ni les causes occasionnelles banales ne sont suffisantes pour créer la démence, et une intoxication importante est nécessaire à son éclosion. »

Le diagnostic de la démence précoce chez l'enfant est par-

(1) M^{me} Pascal, *La démence précoce*.

fois difficile à établir, car certaines manifestations psychiques peuvent simuler cette psychose.

Avant la puberté, le surmenage peut créer chez l'enfant un état de psychasthénie avec confusion mentale qui peut faire songer à la démence précoce, car dans les deux cas on observe une diminution de l'affectivité et un affaiblissement intellectuel. L'évolution peut seule faire trancher le diagnostic.

La démence précoce est encore difficile à différencier de la démence paralytique infantile, car dans l'un et l'autre cas ce sont la régression affective et intellectuelle, les crises de fureur ou d'apathie qui caractérisent au début ces deux états. Les troubles physiques, l'état des réflexes, les troubles pupillaires, les troubles du langage, sont également assez semblables dans ces deux psychoses. Il faudra faire une ponction lombaire et pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann : elle est positive dans les cas de paralysie générale ainsi que la réaction au benjoin colloïdal.

Les séquelles psychiques postencéphalitiques peuvent aussi faire porter le diagnostic de démence précoce. M. le Professeur Cruchet écrit (1) : « L'état mental du pervers postencéphalitique fait beaucoup songer à la démence précoce : paresseux, impulsif, incohérent dans ses actes et dans ses propos, à la fois suggestible et résistant jusqu'à l'entêtement et au négativisme, incapable du moindre esprit de suite, inconstant; maniéré, sujet à des fugues, à des délits divers, à des attentats à la pudeur, il montre, à chaque instant des défaillances de la mémoire et des écarts de jugement qui déconcertent. En réalité, la démence n'est qu'apparente. »

Mais la régression n'évolue pas d'une façon progressive; elle s'arrête et se fixe, tandis que dans la démence précoce l'affaiblissement psychique devient peu à peu total. L'enfant postencéphalitique devient un débile mental, et sa débilité est acquise; lorsqu'on sollicite son fonctionnement intellectuel il répond par des manifestations correspondant à un âge infé-

(1) M. le Professeur Cruchet, *Les pervers de l'encéphalite épidémique* (Progrès médical, n° 36, 7 sept. 1929).

rieur au sien, et la dégradation est parfois très accentuée, mais le fait même de répondre par des opérations intellectuelles inférieures suffit à faire écarter le diagnostic de démence. De plus il y aura toujours un passé de somnolence ou de sommeil qui fera penser à l'encéphalite.

Lorsque la démence précoce apparaît chez les enfants très jeunes, le syndrome est très incomplet; il ne comporte pas de signes de stéréotypies ni du négativisme, ni de la catatonie. Les troubles du caractère prédominent et l'enfant reste ignorant; comme son jeune âge ne lui a permis que peu d'acquisitions, on pourrait penser à l'idiotie ou à l'imbécillité.

Les lésions anatomo-pathologiques découvertes à l'autopsie des jeunes déments précoces par Klippel, Lhermitte, Kiernan, Nissl, Kræpelin, etc., permettent de dire que cette psychose est due à deux processus : 1° un processus dégénératif ayant engendré des malformations ou dystrophies des cellules corticales; 2° un processus toxi-infectieux ayant déterminé des lésions inflammatoires diffuses ou circonscrites de l'écorce et de la moelle.

Le traitement consiste à prescrire le repos au lit, l'isolement, les bains, les calmants, les sédatifs. Il faut toujours essayer l'opothérapie pluriglandulaire bien que les résultats soient peu probants. La réaction de Bordet-Wasserman devra être systématiquement pratiquée dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien : le traitement spécifique devra être institué même si les réactions sérologiques sont négatives et surtout s'il y a des signes d'hérédo-syphilis. L'alimentation à la sonde sera parfois nécessaire.

Nous résumons rapidement deux observations publiées par Hanshalter (1) sur deux cas de démence précoce.

Première observation. — M. C..., née à terme en février 1897, marche à 15 mois, parle normalement jusqu'à 7 ans, était intelligente, savait lire, écrire, faisait des travaux manuels, des com-

(1) Hanshalter, *Contribution à l'étude de la démence précoce dans l'enfance* (Arch. de méd. des enfants, mars 1912).

missions au village. Caractère doux et facile. Contracte la rougeole en 1903. En 1904 (à l'âge de 7 ans), travaille mal en classe, désapprend peu à peu ce qu'elle savait, ne sait plus rien faire, la marche devient maladroite. L'enfant cesse de s'habiller et reste dans cet état stationnaire pendant trois ans. En 1908, l'indifférence est totale, rire stupide et paradoxal, mutisme ou prononciation de mots dépourvus de sens, ne sait plus nommer les objets, ne sait plus manger, urines et selles inconscientes. Puis la déchéance s'accroît, l'enfant oublie son nom, ne reconnaît plus son entourage; amaigrissement, gâtisme complet. Les escarres de décubitus apparaissent, l'enfant meurt dans un état de cachexie avancée.

On avait d'abord porté le diagnostic de démence paralytique, car l'histoire de la maladie, ses symptômes et l'existence de stigmates d'hérédosyphilis chez deux frères (dents crénelées et mal implantées, bosses frontales saillantes) plaident pour la paralysie générale progressive infantile. Mais à l'autopsie on ne trouve aucune malformation cérébrale (alors que les hémisphères cérébraux présentent toujours quelque inégalité dans la démence paralytique). Les lésions constatées furent la dégénérescence des cellules pyramidales de l'écorce et des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle.

Deuxième observation. — Enfant né à terme, anormalement petit et malingre. Poids de naissance : 4 kg. 250. C'est le deuxième enfant de parents syphilitiques. Le premier était né avant terme et mort d'hydrocéphalie à 8 mois. Ce deuxième enfant fut traité par le sirop de Gibert et frictions mercurielles. Marche retardée (2 ans), parla vite, intelligence, caractère toujours difficile, n'apprit jamais à lire et à écrire. Vers 10 ans, états d'excitation et de calme, désapprend à manger, marcher, avaler. Indifférence totale (stéréotypie : frappe ses mains), marche maladroite, tremblements, parole bredouillante, négativisme. Incohérence progressive. Etat stationnaire pendant un an. Etat général s'altère, affaissement intellectuel total, refus de nourriture, cachexie, escarres, mort.

Cette démence a évolué en trois ans et l'enfant ne présentait aucun signe de puberté et ne paraissait avoir subi aucune croissance depuis plusieurs années.

Cette enfant avait une lourde hérédité, père déséquilibré, mère névropathe, grand-père excité, grand'mère maniaque, et syphilis certaine des parents.

Troisième cas : démence précoce signalée par le docteur M. Rogier (1). — Fillette de 8 ans. L'enfant a commencé à présenter à l'âge de 5 ans des troubles du caractère, des périodes de stupeur avec mutisme, des tics, du maniérisme. Actuellement, on constate un arrêt du développement intellectuel et une instabilité motrice avec indifférence.

CINQUIÈME MANIFESTATION CLINIQUE :

LA DÉMENCE PARALYTIQUE OU PARALYSIE GÉNÉRALE INFANTILE.

C'est le Professeur Moussous qui a décrit le premier la paralysie générale infantile (2).

Les jeunes paralytiques naissent sans aucune malformation, ils se développent d'une façon normale et régulière, pendant une période de trois, quatre, cinq, six et sept ans, aussi bien au point de vue physique que psychique. Cependant, ces enfants sont sujets à des convulsions qui ne troublent pas leur vie et qui ne présentent pas de relations évidentes avec les maladies infectieuses de l'enfance. Moussous dit : « Il est à croire qu'elles dépendent d'une prédisposition particulière ».

Puis, à l'occasion d'une scarlatine ou d'une rougeole, ou même isolément, l'enfant fera une poussée de méningite à la suite de laquelle on constatera des troubles du caractère et une bizarrerie dans sa conduite. Il était affectueux, docile, intelligent, il devient progressivement indifférent, coléreux et inattentif; il perd sa vivacité d'esprit, sa facilité de raisonnement, il n'a plus de mémoire. Mais dans cette période pré-paralytique, l'enfant ne présente ni délire, ni suractivité in-

(1) Dr Rogier, *Un cas de démence précoce* (Ann. méd. psychol., 1928, t. I, p. 88).

(2) Moussous, *De la méningo-encéphalite chronique chez les enfants* (Recueil de leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, 1893).

tellectuelle, ni désir d'entreprise chimérique observés chez l'adulte.

D'une façon habituelle, les enfants entrent dans la paralysie générale par un état de démence progressive; cependant, des parésies, des hémiplésies fugaces, de l'aphasie transitoire peuvent, dans certains cas, précéder les phénomènes d'ordre psychique.

Les accidents paralytiques apparaissent, les troubles de la marche sont constants : les enfants ne peuvent plus rester debout ni se déplacer. Un peu plus tard, leurs membres supérieurs deviennent maladroits, leurs mains tremblent. Les troubles oculaires sont fréquents et très variés : on a observé du myosis ou de la mydriase, le ptosis n'est pas rare, de même que le nystagmus et l'inégalité pupillaire.

Les réflexes rotuliens et plantaires sont abolis ou exagérés ou dissemblables.

En même temps, les symptômes démentiels progressent, le langage de l'enfant devient incohérent, son vocabulaire ne contient plus que quelques mots qu'il mâchonne de temps en temps et dont il ne comprend plus le sens.

Il est confiné au lit par paralysie, son développement physique s'arrête, il reste gracile malgré les progrès de l'âge, les signes de la puberté n'apparaissent pas, il s'achemine en quatre ou cinq ans dans le gâtisme complet vers la mort sans rémission aucune.

La durée de la démence paralytique chez l'enfant est plus longue que chez l'adulte, aussi les troubles trophiques sont-ils plus marqués à la période terminale : on a observé de l'émaciation et une atrophie musculaire presque totale; ses membres sont rigides et contracturés en flexion; ils présentent des escarres de décubitus et de nombreuses ulcérations.

Le diagnostic est basé sur les symptômes psychiques (diminution de la mémoire, modification du caractère, indifférence, troubles de la parole, de l'écriture, de la marche, des réflexes, inégalité pupillaire, signes d'hérédospécificité. On cherchera toujours dans les antécédents des parents et on complètera

l'examen par la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Comme nous l'avons déjà dit, si cette épreuve est positive, elle confirme le diagnostic de paralysie générale infantile et permet d'éliminer celui de démence précoce.

Depuis Moussous, le facteur constant de la démence paralytique c'est l'hérédo-syphilis. Les traumatismes, l'hérédité nerveuse ou vésanique ont perdu la faveur dont ils joussaient autrefois.

Les lésions anatomo-pathologiques sont disséminées dans les deux hémisphères cérébraux. Les dimensions des deux hémisphères sont inégales; le lobe frontal ou occipital est en retrait sur les lobes homonymes de l'hémisphère opposé.

La paralysie générale est due à une méningo-encéphalite diffuse chronique; on observe de la pachyméningite marquée, une vascularisation exagérée, une multiplication des cellules de la névroglie, une atrophie des cellules corticales, la dégénérescence des cellules des cornes antérieures de la moelle. Toutes ces lésions sont semblables à celles que l'on trouve chez l'adulte.

Les manifestations symptomatiques chez l'enfant sont très variées. Si les troubles démentiels apparaissent de très bonne heure, avant que le jeune enfant ait pu apprendre à parler, à lire et à écrire, on pourra songer à l'idiotie.

Le traitement antisiphilitique n'a donné aucun résultat, et lorsqu'il a été tenté, il n'a pas entravé la marche de la paralysie générale.

UNE OPINION.

« Ce qui domine le problème des psychoses de l'enfance », nous a exposé le Professeur Cruchet au cours d'une visite fort instructive que nous lui avons faite dans son Service des enfants anormaux de l'Hôpital suburbain du Bouscat, où sont hospitalisés bon nombre d'enfants malades dont les états mentaux font l'objet de notre thèse, « c'est leur manque de systématisation.

» On ne trouve plus ici, comme chez l'adulte, des états psychiques déterminés et nettement tranchés, au moins dans leurs formes classiques. Dans l'enfance, les types ne sont pas fixés; ils chevauchent les uns sur les autres; ce sont les psychoses combinées qui constituent la règle, alors qu'elles sont l'exception chez l'adulte.

» Ceci tient à l'instabilité de l'enfant, contraire à toute possibilité de suite dans les idées, de persévérance, de logique. L'état de progression se fait par à-coups, avec des arrêts, des récupérations même, suivies ou non de rechutes. Ainsi, la démence existe, mais elle est relative; il faut à chaque instant établir une échelle de comparaison par rapport à l'âge et à la croissance. Il est exceptionnel de voir un enfant, dans toutes les périodes précédant la puberté bien entendu, chez qui la déficience intellectuelle augmente de façon graduelle et régulière. On peut dire, si démence il y a, que cette démence revêt presque toujours les caractères si particuliers de la démence précoce, dont la variabilité est extrême, les types les plus divers et le pronostic imprévu et décevant.

» Ce qu'on peut dire de la démence, forme pathologique bien classée, est encore plus vrai de toutes les autres variétés de psychose de l'enfance. La manie typique est certainement exceptionnelle : elle n'est presque toujours qu'une apparence et tient surtout de l'impulsivité et de la colère, c'est-à-dire qu'elle n'a pas cette continuité dans l'agitation qui est la caractéristique de l'état maniaque.

» La mélancolie est encore plus rare. Certes, on peut rencontrer des enfants atteints de mutisme et refusant de manger, mais cette condition mentale ne résiste guère à une influence autoritaire bien conduite. L'angoisse, l'anxiété manquent, les idées de suicide par auto-accusation sont absentes : et ceci se conçoit, car il faut une dose déjà élevée d'autocritique pour que ces états puissent troubler la conscience et s'imposer à elle. Et ce n'est pas le cas de l'enfant jusqu'aux approches de la puberté.

» Les délires systématisés sont, à plus forte raison, raris-

simes. La jalousie, nul ne le conteste, est une forme banale de la mentalité infantile: peut-on dire qu'elle revêt une allure véritablement délirante au sens systématisé de l'adulte ? Il est permis d'en douter. Les désirs de l'enfant sont, par définition, violents, subits, voulant la réalisation immédiate; mais ils font place presque aussi rapidement à d'autres désirs qui chassent les premiers avec la même impétuosité.

» Le délire est extrêmement fréquent dans l'enfance; mais il est, en règle générale, asystématique, incoordonné, polymorphe. Il correspond au délire aigu banal et confusionnel: c'est dire qu'il est tout l'opposé du délire systématique.

» En conclusion, plus je réfléchis aux psychoses de l'enfance, plus elles me paraissent se rapprocher, par leurs caractères cliniques, du tableau que j'ai proposé des pervers postencéphaliques, qui est plus près des débiles que des déments.

» La débilité, telle est la base la plus fréquente et trop souvent méconnue de la plupart des psychoses de l'enfance. »

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Recueillie par M. le Professeur agrégé PERRENS.)

Le 28 mai 1927, se présente dans mon cabinet, accompagné de ses parents et de son frère de 2 ans plus âgé, un jeune garçon de 9 ans, Jacques V..., dont l'aspect dès le premier contact révèle les dispositions névropathiques.

Blond, le visage bien coloré, le regard très clair, il donne l'impression d'un enfant intelligent, impression que confirme son articulation nette et la qualité des phrases par lesquelles il répond à nos questions.

Mais il ne tient pas en place, s'agite, multiplie les tics, tics des paupières, des yeux, de la bouche, des épaules, entrecoupant ses exercices de courtes périodes de repos pendant lesquelles on l'entend pousser de profonds soupirs. Disons tout de suite que ces tics disparaissent instantanément lorsqu'on parvient à lui faire exécuter quelques mouvements de gymnastique respiratoire.

Voici ce que nous dit sa mère. Jacques est né à terme dans des conditions excellentes. Il a été nourri au biberon. Une entérite, qui dura plusieurs mois, au cours de sa deuxième année, le mit dans une grande faiblesse. Il reprit peu à peu ses forces, et, en dehors d'une rougeole bénigne contractée à 6 ans, sa santé physique ne donna depuis lors aucune inquiétude.

Pourtant, dès l'âge de 5 ou 6 ans, on s'aperçut que l'enfant paraissait être d'une extraordinaire timidité, qu'il était toujours embarrassé pour répondre, qu'il fuyait la société des camarades

de son âge et ne prenait aucun intérêt à leurs jeux. Dans la maison même il préférait demeurer seul que de s'amuser avec son frère. De plus, il apprenait mal les premiers rudiments de la lecture; il avait une difficulté considérable à les comprendre et à les assimiler. On le mit en pension dans une institution privée où son frère aîné se trouvait déjà depuis trois ans. Là les tendances déjà notées dans la famille ne firent que s'amplifier. L'enfant s'isolait, ne voulait jouer sous aucun prétexte; et si, par hasard, placé de force dans une partie en cours, par un de ses camarades où par le surveillant, il essayait d'imiter les autres, il se montrait d'une gaucherie telle qu'il ne recueillait que des moqueries qui l'humiliaient en l'invitant à ne plus recommencer l'expérience.

Ses progrès intellectuels étaient nuls. Pendant deux ans ses maîtres s'efforcèrent de l'instruire. Ce fut, dirent-ils, sans aucun résultat. Jacques n'apprenait pas ses leçons, ne faisait pas ses devoirs, à moins qu'on ne l'aidât à la maison, remettait régulièrement une copie blanche au moment des compositions. Le directeur de la pension, quelques jours avant la visite qui nous fut faite, avait averti les parents de l'enfant qu'il était impossible de le garder plus longtemps, que l'on ne pourrait jamais l'instruire pour la raison qu'il était « idiot ».

Chose curieuse, ce diagnostic était celui que les parents avaient déjà porté. Pour en arriver à ce point de pessimisme, il fallait bien que Jacques eût découragé toutes leurs initiatives, tout leur dévouement. En fait, le jeune malade, toujours tiquant, fit montre, lors de notre interrogatoire, d'une ignorance grande : additions, soustractions simples, à plus forte raison multiplications et divisions, il était incapable du plus petit calcul. Mais il savait lire et nous donna la preuve qu'il savait écrire sous dictée, avec force fautes d'orthographe naturellement.

Il nous apprit qu'il aurait la faculté de terminer un devoir ou une composition s'il avait le pouvoir de les commencer. C'était la principale difficulté. La peur de mal faire l'arrêtait. On sut que dans ses jeux il apportait le même scrupule. Il semblait néanmoins que cette crainte fût insuffisante à tout expliquer. « En classe que faites-vous pendant la leçon? Pensez-vous à autre chose?

— Non. » Il était vraiment impossible d'avoir par lui des indications plus détaillées sur ses sentiments et ses pensées à l'état de veille. Alors que selon toute apparence il y avait en lui un fond d'anxiété qui devait contribuer à empêcher son expansion, il donnait à ses proches l'impression d'une indifférence complète.

Or, cet enfant était un hyperémotif qui vivait dans un monde fantastique. Il nous donna l'occasion de nous en rendre compte. Il rêvait toutes les nuits et intensément. L'avant-veille justement il était allé avec son père et son frère aîné visiter une usine. Son père avait été frappé qu'il n'eût rien retenu de ce qu'il venait de voir et ne pût en dire un mot. Mais l'enfant avait rêvé à l'usine la nuit suivante. Sur notre demande, il fit la description de l'usine de son rêve. Rien de plus vivant, de plus imagé que cette description, de plus riche en développements de toutes sortes sur la construction, les machines, les ouvriers au travail : et il parlait avec abondance, sans timidité, comme d'un sujet qui l'intéressait au plus haut point, amplifiant, d'ailleurs, tout ce qu'il avait réellement aperçu, agrandissant l'usine, augmentant — et dans quelles proportions! — le nombre des machines et le travail des ouvriers. Il était lancé et mis en goût par sa propre éloquence. Ses parents en étaient stupéfaits. On recueillit alors son aveu que toutes les nuits se passaient en rêves de ce genre. Cet enfant, qui fuyait l'effort et qui vivait dans le réel en étranger désintéressé, ne tenait qu'à ses rêves et aussi au souvenir de ses rêves dont l'évocation suscitait en lui un véritable enthousiasme.

« Idiot », il était loin de l'être, on le voit; intelligent à coup sûr, et sensible, au contraire; mais déjà effrayé des chocs que sa sensibilité pouvait recevoir de la vie normale, il se réfugiait dans le rêve, celui du sommeil, celui de la veille...

Ses tics guérissent facilement. Encouragé à entamer une correspondance avec son père qui allait partir pour un assez long voyage, il tint la double promesse qu'il nous avait faite de lui envoyer chaque jour quelques lignes et surtout de jeter ses idées au hasard sur le papier, sans aucun souci de perfection. Nous avons appris deux ans plus tard qu'il avait continué ses progrès. Dans quelle mesure? Nous ne saurions le dire. Sa famille nous donna de ses

nouvelles incidemment en nous conduisant, il y a six mois, son frère aîné, qu'un accès violent de névrose d'angoisse tourmentait depuis deux ou trois mois.

Commentaire. — Cette observation de petit rêveur nous met en présence d'un enfant intelligent et sensible considéré comme un idiot par sa famille et par ses maîtres, parce qu'il fuyait la réalité, le travail et les jeux.

L'investigation psychologique faite par M. le professeur Perrens a permis de découvrir l'étonnante vivacité d'esprit et d'attention chez cet enfant et a fait diagnostiquer l'anomalie mentale qui consiste à rêver d'une façon habituelle et tout éveillé. C'est par la psychothérapie que notre maître a redonné confiance à ce jeune psychopathe timoré; par la persuasion, il a obtenu de cet enfant qu'il extériorise ses pensées et ses rêves.

Dans cet exposé, il faut voir encore une prédisposition héréditaire pesant sur les deux frères et s'étant manifestée chez l'un par la tendance au rêve, chez l'autre par une violente crise d'angoisse, qui a duré plus de trois mois.

OBSERVATION II.

Délire hallucinatoire.

D... (André), âgé de 9 ans, est un enfant qui a toujours été physiquement débile malgré les soins dont on l'a entouré, malgré de fréquents séjours à la campagne et sur le bord de la mer. Nous le voyons en novembre 1929. Il apprenait facilement et obtenait les premières places dans sa classe. Depuis une huitaine de jours, nous dit sa mère, il a des crises nerveuses, dans l'intervalle desquelles il est excité et semble apercevoir des personnages inexistantes; son sommeil est à peu près nul.

L'examen physique ne révèle qu'une atteinte de l'état général : pâleur, maigreur, chapelet ganglionnaire de chaque côté du cou. Ses réflexes sont normaux. Il y aurait chaque soir une petite poussée fébrile de trois ou quatre dixièmes.

Il est confus, ne comprend pas nos questions, s'agite constamment, et, tout d'un coup, se met à pousser des cris en montrant un coin de la chambre où il voit un Chinois, le Chinois qu'il croit apercevoir depuis plusieurs jours.

De quelle nature étaient ses crises? Si l'on s'en rapporte au récit de ses parents, on aurait pensé à l'épilepsie. Or, ayant assisté à quelques-unes d'entre elles, nous n'y découvrîmes aucun des signes du mal comitial. C'étaient des manifestations convulsives entrecoupées de périodes de repos, sans cri, sans pâleur plus grande de la face, sans mictions involontaires, sans perte de connaissance.

Très vite, en quatre jours, sous l'influence du traitement par les bains, les calmants et les laxatifs, la confusion s'atténua et disparut. André D... continua pendant une quinzaine de jours à être instable et impulsif. Cela ne l'empêchait pas de se montrer égoïste, d'exiger de ses parents des jouets coûteux, d'exercer sur eux un véritable chantage pour obtenir un chemin de fer électrique qu'on lui donna effectivement.

On le fit reposer pendant plusieurs mois à la campagne d'où il revint avec une mine magnifique. Il a repris ses classes et réussit aussi bien qu'autrefois dans ses études.

Commentaire. — Le délire ici est caractérisé par les hallucinations visuelles, les plus fréquentes chez les enfants. S'il n'est pas contemporain d'une affection aiguë, l'état général est touché, et chaque soir l'enfant a une légère élévation thermique. Cet état s'accompagne de confusion mentale, d'insomnie, de cris et de convulsions; les idées délirantes ont un caractère assez particulier, un type effrayant sous la forme d'un Chinois.

Le traitement par le repos, les bains, les laxatifs, ont amené la cessation de ces manifestations hallucinatoires aiguës, et l'intégrité des facultés intellectuelles fut ensuite contrôlée par les progrès scolaires.

Il faut donc apporter une grande attention à l'état du tube digestif chez les enfants; il est probable que ce petit malade avait un mauvais fonctionnement intestinal se traduisant par cet état subfébrile, cette pâleur, cette maigreur. Le délire et

les convulsions étaient la manifestation d'une auto-intoxication générale et exprimaient le retentissement sur le cerveau d'un état infectieux local.

OBSERVATION III.

X... (Gabrielle), 12 ans, est entrée le 24 avril 1914 à l'Asile de Château-Picon avec un certificat mentionnant état mental caractérisé par un *délire hallucinatoire et de l'excitation*.

Antécédents personnels. — L'enfant, depuis sa naissance, a toujours présenté de l'agitation.

A l'âge de 9 ans, cette fillette a eu un premier accès d'excitation légère de courte durée, au cours duquel elle remuait constamment la tête : on prescrivit du bromure et du valérianate, et ces troubles disparurent.

Deux ans plus tard, en 1923, l'enfant présenta une deuxième crise d'excitation très violente et qui dura quinze jours. Elle fut suivie de dépression, et l'enfant manifesta un ennui profond et continu. La guérison eut lieu et la fillette redevint normale quoique exaltée jusqu'en mars 1924. Pensionnaire dans une institution religieuse, elle disait que le silence de cet établissement lui pesait beaucoup. A ce moment, elle eut une atteinte de rubéole, à la suite de laquelle elle devint à nouveau extrêmement excitée, se plaignant d'étouffer et présentant des crises de nerfs.

C'est quelques jours plus tard qu'elle devait rentrer à l'Asile, son état mental ne s'améliorant pas. A son admission, cette fillette, âgée de 12 ans, présentait un accès d'excitation maniaque caractérisé par de l'agitation motrice, une instabilité continuelle, un déséquilibre affectif qui la faisait passer de l'optimisme et de la joie exubérante aux sanglots. Cet état était caractérisé par une extrême mobilité de la pensée, avec fuite d'idées, déficience de l'attention, atteinte de la mémoire : l'enfant ne fixait pas et ne pouvait pas se rappeler les noms des malades qui vivaient avec elle. L'insomnie a persisté pendant quelque temps. On n'observait pas encore de signes graves de fatigue physique. La langue était saburrale, car cette fillette faisait un peu d'infection gastro-intestinale.

Quinze jours après la rentrée. — L'instabilité de cette petite ma-

lade, la mobilité de son humeur, la tendance à raconter des histoires décousues et peu cohérentes, disparurent, faisant place à une légère dépression qui ne l'empêchait pas de causer et de s'occuper un peu.

Quelques jours plus tard, un peu avant sa sortie, l'enfant était calme, la volubilité de ses discours et ses brusques changements d'humeur qui la faisaient passer sans motif de la joie aux pleurs s'étaient apaisés. Cette amélioration avait coïncidé avec une reprise de sommeil, et l'enfant pouvait dormir sans interruption du soir au matin. Dans la journée, elle s'occupait de mille manières, causait de façon très raisonnable, sa nervosité s'était atténuée progressivement. La fillette traduisait elle-même son amélioration en disant : « Ici, j'ai de l'air et de l'espace, et le sang que j'avais à la tête s'en est allé aux pieds. »

Commentaire. — Nous avons rapporté cette observation bien que la fillette ait dépassé l'âge de la première enfance parce qu'elle n'avait encore présenté aucun signe de puberté. Doit-on voir dans cet état d'excitation maniaque l'influence de la période prépubère? Nous ne le pensons pas, car ce n'était pas la première manifestation psychique anormale que cette enfant présentait; elle avait eu deux crises analogues plus légères trois ans plus tôt. Est-ce la rubéole qui a fait apparaître sur ce fond d'agitation chronique cette manifestation psychique aiguë? Nous pouvons l'admettre, car une atteinte infectieuse bénigne suffit pour déséquilibrer tout à fait un organisme déjà instable. Dans cet état d'excitation maniaque, on a trouvé au complet tous les éléments symptomatiques : agitation motrice continuelle, excitation psychique, troubles de la parole, déséquilibre affectif, sautes brusques d'humeur, inattention, insomnie; les phénomènes ont été précédés par une période de délire hallucinatoire, or les hallucinations sont fréquentes au début de la manie. Le traitement qui a été instauré (isolement du milieu familial, calmants, bains tièdes, repos, puis reprise progressive des occupations peu fatigantes et des causeries tranquilles) devait amener la guérison.

OBSERVATION IV.

G... (Emilienne), 6 ans, entré à l'Asile de Château-Picon, le 16 juin 1922, pour état d'excitation violente et continuelle.

Antécédents personnels. — Fillette née à terme, nourrie au biberon, n'a jamais présenté de convulsions. A l'âge de 3 ans, elle a eu la coqueluche; l'année suivante, en 1920, atteinte d'encéphalite léthargique, cette enfant a eu une période de sommeil qui a duré dix-neuf jours. Peu après, elle a encore eu la rougeole et la diphtérie.

Période prodromique : Après cette atteinte d'encéphalite, l'enfant fut envoyée à la campagne chez des grands-parents où elle fut si insupportable qu'on ne put pas la garder. Avant sa maladie, c'était une enfant douce, docile, normale; après l'enfant devint exaltée, agitée nuit et jour, criant ou chantant sans arrêt, se levant la nuit, faisant des méchancetés, ou présentant des élans d'affection paradoxaux.

Etat de la malade au moment de l'admission.

Certificat de M. le Professeur Moussous : « L'enfant, Emilienne G..., placée dans mon service pour des troubles psychiques, est dans un état constant d'excitation qui la rend dangeureuse pour elle-même et pour ses voisines ».

Certificat de M. le Professeur Abadie : « L'enfant E. G... présente des troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychique généralisée, besoin désordonné de mouvement, instabilité psycho-motrice incessante, gestes destructeurs, dilacération des vêtements et de la literie, impossibilité de toute contrainte, actes vindicatifs violents, grossièreté, coups et morsures. Mobilité extrême de l'attention, impossibilité d'acquisition intellectuelle, insomnie intermittente avec surexcitation nocturne.

» L'état général est satisfaisant, mais retard du développement.

» Ces troubles mentaux sont en évolution avec la même intensité depuis mai 1920 et paraissent avoir succédé à une atteinte infectieuse de trois semaines de durée, s'étant traduite surtout par de la somnolence profonde avec incontinence des sphincters.

» N'a pu être conservée ni dans la famille, ni à l'école, ni dans un service hospitalier d'enfants. »

Examen de la malade (le 17 juin 1922). — La malade, dont il est difficile de fixer l'attention, ne peut pas rester en place. Elle pose des questions sur tout ce qu'elle voit et l'ensemble de ses réponses est juste. La petite malade est dans un état d'agitation continuelle; depuis son entrée à l'Asile, elle n'a pas cessé de sauter, de danser, de courir d'un côté à l'autre. Elle se jette sur toutes les personnes qui se présentent à sa vue, les embrasse avec effusion, leur baise les mains. Aussitôt après, elle demande des bonbons, fouille vivement leurs poches, et si son désir n'est pas satisfait, s'enfuit aussitôt. Si on la retient, elle griffe, mord de toutes ses forces, elle crache sans arrêt à la face des gens qui la retiennent et leur donne des coups de pied. Si on l'interroge pour lui demander le nom des objets qu'on lui présente (montre, crayon, monnaie) elles les nomme correctement. Elle sait parfaitement qu'elle est rentrée dans le service depuis la veille.

Cette fillette présente un état d'excitation maniaque caractérisé par une grande instabilité de l'attention, le fonds intellectuel présente peu de déficience pour son âge et il a permis des acquisitions, elle sait compter jusqu'à 18, récite sa prière, etc.

L'agitation motrice est vive et continuelle et persiste avec autant de violence après sa rentrée.

Examen somatique. — Cœur, régulier dans ses battements, pas de bruits surajoutés.

Poumon : Sonorité normale.

Appareil digestif : Appétit normal; langue saine; le foie n'est pas augmenté de volume; la salivation n'est pas modifiée.

Système nerveux : Réflexes achilléens et rotuliens normaux.

Réflexe plantaire tantôt en flexion, tantôt en extension; sensibilité normale. Station et démarche régulières, pas le moindre trouble de l'équilibre.

Pas de troubles oculaires, pupilles égales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Résultat de la ponction lombaire : négative, liquide clair, sans albumine, sans réaction lymphocytaire.

Notes consignées après le décès par M. le Docteur Latreille. — C'est l'agitation, la violence, l'instabilité de caractère, ce sont les perversions morales qui ont marqué l'évolution maniaque continue chez cette enfant.

L'agitation a souvent rendu obligatoires les moyens de correction malgré le jeune âge et le peu de vigueur musculaire de l'enfant. Cette agitation avait d'ailleurs le caractère fréquemment méchant et malfaisant : déchirer, frapper, mordre, briser. Instable parce que tantôt anormalement affectueuse et maniérée; elle était souvent, au contraire, grossière, méchante, calomniatrice. Elle n'avait pu être gardée dans un service d'enfants parce qu'elle les frappait, les mordait impulsivement, les giffant après les avoir sensuellement et sexuellement embrassés. Le saphisme avait chez elle un caractère d'irréductibilité et qui s'est maintenu dans un service de gâteuses et de paralytiques générales reparaissant à chaque instant dans la surveillance et dans la contrainte de la camisole. On peut assurer que toutes les ingéniosités dans l'invention d'un moyen de contrainte tolérable étaient vaines. Cette petite enfant maniaque était pour le personnel infirmier une charge plus lourde que ne l'étaient les plus violentes, les plus perverses et les plus dangereuses.

Si l'intelligence à l'entrée marquait un retard léger plus qu'une arriération véritable, beaucoup d'enfants de son âge n'ont pas plus d'acquis ni une imagination plus vive, ni plus de discernement. Il n'y a eu aucun progrès après des tentatives scolaires souvent répétées, mais il n'y a pas eu régression et jamais le tableau clinique n'a ressemblé à celui de la démence rapide. Aucun syndrome catatonique ni convulsif n'a été observé. J'insiste sur ce point d'observation qu'en dehors de la précocité et de la qualité des perversions sexuelles, si fréquemment observées dans les troubles mentaux, l'évolution n'a pas été celle de ces états, qui, plus ou moins lentement, s'acheminent vers la déchéance intellectuelle.

L'épuisement et la cachexie ont été dus à la fatigue provoquée par l'agitation et par une entérite rebelle, peut-être tuberculeuse.

Le décès a été constaté le 20 mars 1925.

Commentaire. — Nous pensons que cet état maniaque est une séquelle psychique de l'atteinte d'encéphalite léthargique qu'a présentée cette fillette à l'âge de 3 ans. Parmi les multiples formes cliniques mentales d'encéphalite léthargique, on décrit une forme maniaque qui frappe aussi bien les enfants que les adultes. De plus, les séquelles psychiques d'encéphalite léthargique sont signalées comme très fréquentes dans le jeune âge et constituées essentiellement par une régression des facultés intellectuelles aboutissant au puérilisme mental et par des perversions instinctives.

Or, cette enfant réalise au complet ce syndrome infantile : d'abord, c'est à l'âge de 3 ans seulement qu'elle a eu cette maladie infectieuse; si elle n'a pas présenté de régression intellectuelle, c'est qu'on ne pouvait pas le constater puisqu'elle avait peu fréquenté l'école et n'avait pu y faire aucun progrès. Mais les perversions morales et sexuelles chez cette fillette ont été très nettes : elle brutalisait les jeunes enfants, elle calomniait, ou bien elle les embrassait avec sensualité, etc.

Enfin, l'agitation motrice et l'excitation psychique n'ont rien de particulier dans cet état maniaque, si ce n'est d'avoir évolué immédiatement après l'atteinte encéphalitique.

Rien n'a été signalé au point de vue héréditaire, mais il aurait été intéressant de savoir si le terrain mental de cette fillette n'avait pas été fragilisé par des tares.

OBSERVATION V.

D... (Lise), 8 ans et 2 mois, est amenée dans le service de M. le Professeur Perrens pour troubles mentaux.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'angine de poitrine à 39 ans, rien dans les antécédents; cependant, son médecin se proposait de le traiter par des piqûres.

La mère est vivante, bien portante.

Antécédents personnels. — L'enfant est née en état de mort apparente (elle avait quatre circulaires du cordon autour du cou); elle s'est ranimée une heure et demie après sa venue au monde. Nourrie

au sein pendant dix mois. A cette époque, elle eut la coqueluche, qui dura huit mois. Elle ne prenait plus le sein et n'acceptait pas de nourriture. On lui fit prendre avec beaucoup de difficultés du lait de vache. Elle devint squelettique, car elle présentait de fréquents vomissements. Elle fut traitée par le sérum de Quinton, reprit des forces, et se développa normalement jusqu'à dix-huit mois. Elle eut à cet âge une crise de gastro-entérite pendant douze jours. Elle fut mise à la diète hydrique, puis réalimentée à la crème de riz et au lait progressivement.

A 23 mois, l'enfant part avec ses parents pour Madagascar. Elle supporte bien le climat des colonies. A Tananarive, elle commence à être malade. C'était au cours d'une nuit, l'enfant s'éveille et crie qu'elle a peur. Elle perd connaissance et vomit; elle reste ensuite huit jours dans le coma à l'hôpital où on l'a portée. Elle a des crises convulsives toutes les dix ou quinze minutes sans reprise de connaissance, devient violacée, urine sous elle. On prescrit des bains et du bromure. Ses crises sont courtes, elle a des équivalents : faisant des gestes bizarres pendant un mois, puis retour à la santé, nouvelles crises. On continue la médication bromurée.

Elle revient en France en 1925. Au cours de cette année et de l'année suivante, elle a encore deux crises accompagnées de faiblesse générale. Elle ne devait plus en avoir jusqu'en septembre 1930; celle qui se produisit alors fut très légère.

En 1927, elle contracta la diphtérie; en 1928, une rougeole bénigne.

Depuis toujours, cette fillette a présenté de l'instabilité. Elle détruit ses jouets, perce ses balles, ronge les pieds de ses poupées. Elle parle avec volubilité du matin au soir, et si son cerveau ne lui fournit pas de sujets, elle invente.

Lorsque son père mourut, en octobre 1930, à Fort-de-France, elle eut une crise d'excitation anormale. Elle n'était ce jour-là préoccupée que d'un gâteau confectionné par sa mère; elle en réclamait continuellement prétendant qu'on la laissait mourir de faim. Lorsqu'elle apprit la mort de son père et l'ayant vu, elle se mit à rire aux éclats toute la journée, s'interrompant seulement pour réclamer du gâteau. La nuit qui suivit, elle fut très agitée et au réveil, parut

aussi joyeuse que la veille. Devant le corps de son père, elle disait, s'adressant à sa mère : « Il est mort, mais ça ne fait rien, tu vas te remarier et ce sera la même chose. » Lorsqu'on emporta le corps, elle sautait, gesticulait joyeusement en criant : « C'est bien fait, c'est bien fait. » Son exubérance et sa joie durèrent les jours suivants et pendant toute la traversée. Un jour, sur le bateau, sa mère étant souffrante, l'enfant monta sur le pont et se mit à raconter à tout le monde que sa mère venait d'avoir deux jumeaux. Elle disait s'appeler Jacqueline alors que son nom est Lise et si on contrariait ses dires, elle s'emportait vivement. Elle circulait dans les appartements sans s'arrêter une minute, son activité était d'ailleurs inutile et fatigante. Elle se mettait facilement en colère, maltraitait sa mère. Mais ses nuits sont calmes et l'appétit reste bon; pas d'urines inconscientes, pas d'absences.

Dès son retour en France, elle est un peu moins agitée, mais son activité et sa loquacité sont toujours aussi grandes. Ses réflexions sont un peu saugrenues; elle manifeste assez rarement son affection pour sa mère. L'enfant a conservé une excellente mémoire; le souvenir des événements est extrêmement précis. Cette enfant a peu fréquenté l'école; elle ne sait pas lire, mais pendant les quelques jours où elle a été en classe, elle apprenait très facilement.

Examen (le 3 novembre 1930). — Etat général très satisfaisant. Pas de constipation, langue bonne. Aucun stigmate de dégénérescence. Aucun trouble de la réflexivité. La réaction de Bordet-Wassermann a été négative. Pas de céphalées. Pas de vomissements. L'enfant parle avec facilité, avec une bonne syntaxe, reprend sa mère si elle se trompe, cherche toujours à dominer les autres. Elle a un visage très mobile et des yeux brillants.

Commentaire. — Ce qui nous intéresse dans cette observation, ce n'est pas l'histoire de l'épilepsie, qui est classique : début par des terreurs nocturnes, perte de connaissance, coma, convulsions, incontinence d'urine, avec récides fréquentes pendant plusieurs années, et disparition des crises, qui s'espacent d'abord sous l'influence de la médication bromurée. Ce sont les manifestations psychiques de cette enfant qui ont particulièrement attiré notre attention.

La loquacité, l'agitation continuelle, la phase de rire paradoxal lors de la mort du père, l'instabilité du caractère, marquent l'évolution d'un état psychique particulier apparu sur un fond mental d'excitation qui existe depuis la naissance et qui s'est aggravé après l'apparition des accidents épileptiques.

On pourrait penser que c'est là un équivalent psychique de l'épilepsie, mais comme cet état ne s'est pas amélioré parallèlement aux crises convulsives sous l'influence du bromure, on doit écarter cette hypothèse.

De plus, les équivalents épileptiques sont rares dans l'enfance. M. le Professeur Cruchet écrit à ce sujet (1) : « J'estime que les équivalents épileptiques sont tout à fait exceptionnels chez l'enfant et qu'ils sont beaucoup plus rares chez l'adulte qu'on ne le dit. »

L'absence de développement intellectuel chez cette fillette de 8 ans, qui ne sait pas encore lire, pourrait faire songer à l'idiotie, mais la vivacité de ses réponses, la bonne tenue de son langage, témoignent en faveur de l'intégrité de ses facultés mentales : c'est une petite ignorante perfectible, et son manque de savoir est dû à un défaut d'instruction.

Ce qui domine actuellement c'est l'excitation permanente, sa loquacité, son instabilité, nous pensons que cette enfant présente un état d'excitation maniaque et que l'épilepsie en a été la cause accidentelle.

OBSERVATION VI.

P... (Renée), 10 ans, entre à l'Asile de Château-Picon au début de mars 1920.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 46 ans; alcoolique depuis l'âge de 15 ans. A 46 ans, congestion pulmonaire avec, pendant deux semaines, des idées délirantes terrifiantes, hallucinations, chants,

(1) *La Convulsion épileptique. Maladies du système nerveux*, par le Professeur Cruchet (*La Pratique des maladies des enfants*, p. 258.)

puis accès d'irritabilité. Tuberculose pulmonaire, qui l'a emporté. Sa mère était morte tuberculeuse, son père alcoolique.

Mère bien portante, ne présente pas de signes de syphilis, mais elle aurait toujours souffert de la tête (migraines), et maintenant aurait de fréquents maux de tête la nuit. Mariée en février 1900; enceinte en avril; première fausse couche en octobre; deuxième fausse couche à la même époque, l'année suivante.

Ces deux fausses couches de cinq à six mois ont donné deux fœtus sans déformations et sans modifications du placenta. Troisième grossesse : enfant à terme deux ans après la dernière fausse couche. L'enfant était énorme à la naissance. A l'âge de 8 mois, il eut une congestion pulmonaire, puis, chaque année, jusqu'à 5 ans, nouvelle congestion pulmonaire. A 5 ans, coqueluche, puis tuberculose, et mort sans aucun signe de troubles nerveux. La marche avait été tardive et se fit à 15 ou 16 mois. Commença à parler vers 1 an; fréquenta l'école depuis l'âge de 3 ans et y apprenait bien. Quatrième enfant, c'est la petite malade qui est entrée dans le service. Née à terme, très belle; premières dents à 6 mois, qui tombèrent par la suite, et les dents définitives mirent très longtemps à pousser.

Jusqu'à l'âge de 15 mois, elle eut une bonne santé; elle commença alors à marcher. A ce moment, eut une congestion pulmonaire avec fièvre élevée (pendant un mois, le médecin allait voir l'enfant tous les jours). La fillette a recommencé à marcher après sa guérison. Elle eut une deuxième congestion pulmonaire à l'âge de 2 ans 1/2. L'intelligence était toujours normale, elle était propre et n'urinait pas au lit.

A 3 ans, on l'amena à l'école. Elle fut docile avec les institutrices, mais elle était constamment malade et eut plusieurs bronchites. Elle fréquenta l'école jusqu'à l'âge de 6 ans, mais elle n'y apprit que quelques lettres et savait à peine compter. Elle était beaucoup moins intelligente que l'aînée.

A l'âge de 6 ans, elle eut la coqueluche, qui dura pendant trois mois, puis une broncho-pneumonie. Dès ce moment, au cours de la maladie, elle tournait les yeux. Le docteur disait alors : « Elle doit avoir une poussée de méningite. »

Pas de convulsions, pas d'urine au lit, pas de grincements de dents, pas de constipation opiniâtre, pas de paralysie.

Après cette maladie, son intelligence parut s'affaïssir : elle ne s'intéressait plus à ce qui se passait autour d'elle, elle posait moins de questions, ce qu'elle disait était vague, elle n'avait plus de conversation suivie, avait moins envie de jouer, et l'on s'aperçut qu'elle tâtonnait et hésitait pour prendre quelque chose. Si on lui demandait alors si elle y voyait, elle répondait tantôt affirmativement, tantôt négativement.

Elle fut amenée chez M. le Professeur Lagrange, qui donna comme résultat de son examen : atrophie blanche de la papille, et prescrivit l'iodure de potassium. Depuis, le traitement à l'iodure a été continué jusqu'à l'âge de 9 ans.

L'enfant fut gardée chez elle jusqu'à 9 ans $1/2$, puis placée chez des sœurs, à Talence. Elle n'y resta que trois jours, et revint auprès de sa mère. Elle commença à uriner au lit et le reste. Elle demeurait immobile, alors que, jusqu'à ce moment, elle sortait un peu, balayait une cour attenante à la maison. Son intérêt pour les choses diminuait de plus en plus; elle était sujette fréquemment, même avant la coqueluche, à des vomissements avec beaucoup d'efforts. Cette enfant est entrée dans le service pour affaiblissement intellectuel, troubles de la marche, gâtisme, cécité.

Le cinquième enfant de cette famille avait à ce moment 7 ans $1/2$. Il était venu à terme, dans de bonnes conditions.

A 2 mois, il eut un impétigo à la tête, qui dura neuf mois, puis un phlegmon rétro-auriculaire. Ses premières dents apparurent à 6 mois. Il commença à marcher à 16 mois et ne cessa d'uriner au lit qu'à l'âge de 2 ans. Jusqu'à 3 ans, son langage fut normal, mais un peu réduit. Il contracta à cette époque la coqueluche de sa sœur, et, dès ce moment, se mit à traîner la jambe droite et à se dandiner comme s'il avait été déhanché. La radiographie ne décela aucune luxation : on prescrivit des bains salés. Cet enfant se mit à marcher sur la pointe des pieds en sautillant, il a commencé à gâter, et ses deux jambes commencent à présenter un tremblement continu.

Depuis un an, l'enfant ne marche plus et ne peut même pas se tenir assis sur une chaise; il est devenu très maladroit de ses mains.

Avant cette coqueluche, l'intelligence était plus vive, l'enfant était éveillé et s'intéressait à tout, il s'amusait avec entraînement. Actuellement, il paraît de plus en plus indifférent à tout. Il n'a jamais eu de convulsions; on ne sait pas s'il y voit bien; il entend, car il chante, mais ne retient pas les airs. Il a un sommeil très lourd dans la journée et il est très gros pour son âge. Les dents de la deuxième dentition n'ont pas repoussé après la chute des dents de lait, et il a une très belle chevelure.

La fillette, depuis son entrée, est assez docile; elle paraît ne pas s'être aperçue du changement de domicile.

30 mars 1930 : L'enfant ne paraît rien comprendre à ce qu'on lui demande; on pourrait croire qu'elle est sourde, mais en frappant des mains à côté d'elle, elle sursaute comme si elle entendait. Est-elle complètement aveugle ? Il lui reste sans doute une vague sensation d'ombre et de lumière, car, lorsqu'elle se déplace dans la salle, elle ne heurte pas les objets. Si on l'interroge, on n'obtient pas de réponse, mais spontanément elle parle avec une articulation assez nette et prononce des mots comme ceux-ci : « Je veux partir parce qu'on a brûlé ma baraque. » Lorsqu'on cherche ses réflexes elle dit encore : « Tu m'agaces, tu es un vilain, on va me casser ma jambe », tous mots qui n'appartiennent pas au langage des idiots et qu'elle n'aurait pas acquis si elle avait toujours été dans l'état où on la voit. Cela fait penser, en effet, comme a dit la mère, qu'il y a eu un affaissement intellectuel assez éloigné de la naissance.

La voûte nasale est déformée; l'aspect de l'enfant rappelle celui des hérédo-syphilitiques; ses dents sont crénelées, mauvaises, plantées sur deux rangs par endroits. La voûte palatine n'est pas ogivale ni perforée. Les réflexes rotuliens sont très vifs.

Les troubles mentaux sont caractérisés par une difficulté très grande à acquérir les moindres notions, à comprendre ce qu'on lui dit, à se rendre compte du milieu où elle vit. Cette petite malade est aveugle presque complètement; elle est sourde et gâteuse. Elle possède, néanmoins, un répertoire de mots dont on ne peut pas mesurer l'étendue, mais qui, tel qu'il est, témoigne d'une intelligence plus développée autrefois qu'elle maintenant.

Août 1920 : La fillette s'affaiblit progressivement; elle marche avec peine, il faut lui donner la main ou la tenir sous les bras.

Elle pousse de petits cris plaintifs et incessants, elle ne peut guère plus prononcer que quelques mots témoignant sa souffrance (aïe, aïe, maman). Elle répète son prénom (Renée, Renée, *bonbonbon*). Elle bave maintenant sans arrêt et devient très coléreuse.

La ponction lombaire est pratiquée : le liquide céphalo-rachidien donne par la chaleur un précipité de moyenne abondance. Lymphocytose (20 éléments par champ), quelques mononucléaires.

Février 1921 : L'affaiblissement de l'enfant est prononcé, une escarre est apparue dans la région fessière. Elle meurt le 11 février.

Autopsie du crâne. — Cerveau postérieur et bulbe, 920 grammes. Le pôle occipital droit paraît très en retrait sur le gauche. La pie-mère est opalescente, très épaisse, adhérente à l'écorce. L'écorce cérébrale est réduite en épaisseur; pas de lésions macroscopiques du centre ovale.

Le nerf optique, le chiasma, les bandelettes optiques, sont très atrophiés, mous, et de coloration gris rosé, presque translucide.

Commentaire. — Cette enfant a eu une paralysie générale avec une déchéance presque totale des facultés mentales, qui ont évolué progressivement. L'étiologie syphilitique et tuberculeuse invoquée par les auteurs tels que Régis, Moussous, Anglade, etc., est évidente dans ce cas (mère ayant fait deux fausses couches à cinq et six mois); père mort tuberculeux et alcoolique à 46 ans; l'enfant ayant elle-même des signes d'hérédosyphilis (dents crénelées, mal implantées, voûte nasale effondrée et lésions cérébrales constatées à l'autopsie).

Si nous groupons les principaux éléments de cette observation, nous avons le tableau suivant :

- 1° Déchéance intellectuelle progressive aboutissant à la démence de 6 à 10 ans;
- 2° Paralysie générale, troubles des sphincters;
- 3° Atrophie blanche de la papille optique constatée dans un examen fait à l'âge de 6 ans, et cécité totale à 10 ans.
Dégénérescence du nerf optique;

4° Lésions des cellules de l'écorce, atrophie du pôle occipital droit, lésions légères de la névroglie, dégénérescence des cellules des cornes antérieures de la moelle;

5° Le dernier enfant est paralysé, inintelligent, et a une mauvaise vue.

Nous pouvons conclure què cette démence paralytique avait un caractère familial, puisque, sur trois enfants vivants, deux à l'âge de 6 et 7 ans présentèrent la même affection. Si le troisième enfant, mort de tuberculose à l'âge de 5 ans, avait vécu plus longtemps, peut-être aurait-il présenté lui aussi cette démence paralytique.

Si nous groupons dans un autre tableau les symptômes qui constituent l'idiotie amaurotique familiale appelée dans la seconde partie de l'enfance forme de Spielmeyer-Vogt par opposition au type infantile ou maladie de Tay-Sachs, nous avons :

1° Absence de développement intellectuel, apathie générale;

2° Des troubles de la motilité avec paralysie progressive;

3° Diminution de la vue par atrophie de la papille;

4° Les lésions anatomo-pathologiques comprennent : des lésions de l'écorce, des noyaux moteurs du bulbe, des cellules des cornes antérieures de la moelle, dégénérescence du système nerveux optique;

5° Plusieurs enfants sont frappés dans la même famille, c'est une affection essentiellement familiale.

Si nous comparons les tableaux cliniques de ces deux maladies, nous voyons que seuls les symptômes psychiques diffèrent. Dans la maladie de Tay-Sachs (forme juvénile), il y a idiotie, c'est-à-dire absence de développement intellectuel, dans la démence paralytique infantile il y a d'abord eu un léger développement intellectuel, suivi de régression totale.

Ne pourrait-on pas penser que les lésions cérébrales constatées dans la maladie de Tay-Sachs se sont produites soit dans la vie intra-utérine, soit immédiatement après la naissance, arrêtant dans leur éveil même les premières manifestations de l'intelligence en produisant d'emblée l'idiotie; tan-

dis que les lésions observées dans la paralysie générale infantile éclateraient plus tard dans les trois ou quatre premières années, permettant un léger développement intellectuel et entraînant par la suite la régression mentale et la démence.

M. le Professeur agrégé Perrens n'aurait-il pas raison alors de conclure que la paralysie générale infantile et la maladie de Tay-Sachs seraient deux manifestations cliniques de l'hérédosyphilis, et que seul l'âge d'apparition des lésions encéphalo-médullaires conditionnerait le développement de l'une ou l'autre de ces deux maladies chez l'enfant ?

Le syndrome de Tay-Sachs serait alors une paralysie générale évoluant d'emblée chez les hérédosyphilitiques, car l'examen du liquide céphalo-rachidien a donné parfois une réaction de Bordet-Wassermann positive (recherches de Price).

*
**

Avant de conclure, nous voulons dire quelques mots sur le traitement moral dans les psychoses de l'enfance.

A l'exception des formes démentiellles, toutes les psychopathies infantiles sont justiciables du traitement moral. Cependant, comme le dit M. le Professeur Cruchet, la psychothérapie chez les enfants en très bas âge présente de grosses difficultés.

S'il s'agit de troubles essentiellement psychiques, c'est vers la psychanalyse que devra s'orienter le médecin psychiatre, et il se trouvera souvent en présence d'erreurs éducatives.

Le traitement moral comporte l'isolement, la rééducation, le redressement moral, l'instruction et l'enseignement d'une profession en rapport avec le développement intellectuel de ces jeunes enfants.

Soustraire le jeune psychopathe au milieu familial est une indication primordiale. Il existe des établissements privés ou hospitaliers qui sont spécialement aménagés pour recevoir ce genre de malades. Pour les petits anormaux continuant à mener la vie familiale, des écoles spéciales ont été créées; ils y sont instruits et éduqués.

Qu'ils soient rêveurs, violents ou paresseux, c'est par un entraînement moral quotidien régulier qu'on aide ces jeunes malades à redresser leurs anomalies. On comprend la nécessité de l'isolement car, pour certains d'entre eux, il faut exercer une autorité ferme qui n'est jamais suffisante chez les parents.

Nous parlions dernièrement avec les maîtresses de l'Hôpital des enfants anormaux du Bouscat dirigé par M. le Professeur Cruchet. L'une d'elles nous disait, parlant d'un jeune enfant violent et coléreux : « Nous l'apprenons à maîtriser ses accès d'emportement et il arrive peu à peu à se dominer. »

Si l'éducation et le redressement moral améliorent l'état de ces enfants et les rendent sociables, l'instruction leur permet d'acquérir un minimum de connaissances, et l'enseignement d'un métier donne à leur vie un but en rendant leur avenir moins sombre.

C'est de bonne heure que doit être tenté ce traitement moral, car son influence est d'autant plus grande qu'il agit pendant les premières années du développement et au moment où a lieu l'éclosion de ces psychoses.

CONCLUSIONS

I. — Il ressort de notre travail que les psychoses s'observent assez rarement dans la première enfance.

II. — Les anomalies mentales se manifestent très diversement dans le jeune âge. Si on observe à des degrés divers chez l'enfant des troubles du caractère, de l'affectivité ou de l'intelligence, et si ces états demeurent parfois passagers, liés ou non à des causes transitoires, il ne faut pas ignorer que, même diffus, ils peuvent être le prélude ou la première manifestation de la démence.

III. — Les psychoses aiguës disparaissent assez vite chez l'enfant; elles sont généralement liées à des affections aiguës fébriles et il est rare de les voir se terminer par une démence chronique.

IV. — Les psychoses chroniques, en dehors de l'excitation cérébrale, ont un pronostic très grave : la démence précoce et la démence paralytique évoluent d'une façon progressive jusqu'à la mort; cependant, on a signalé des formes de folie simple chronique qui ont été suivies d'amélioration et de guérison.

V. — Le traitement symptomatique antisiphilitique orienté par l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien, de même que le traitement endocrinien, comportent une possibilité d'amélioration dans les troubles mentaux dits organiques; le traitement moral chez la plupart des jeunes psychopathes est un agent puissant de guérison; l'hygiène générale, les bains, la gymnastique respiratoire, les exercices modérés doivent toujours être prescrits, comme le préconise M. le Professeur Cruchet à l'Hôpital des enfants anormaux du Bouscat.

VU : <i>Le Doyen,</i>	VU, BON A IMPRIMER : <i>Le Président,</i>
C. SIGALAS.	R. CRUCHET.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 13 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- MOUSSOUS. — Recueil des leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, 1893.
- GAUBERT. — Etude sur les formes de la folie chez l'enfant et chez l'adolescent. Thèse Toulouse, 1894.
- THIRY. — De la paralysie générale progressive dans le jeune âge. Thèse Nancy, 1898.
- DESSAULX. — Etude du délire dans les maladies aiguës. Thèse Paris, 1899.
- DUBOIS. — Les psychonévroses et leur traitement moral, 1905.
- MOREAU (Jacques). — Le suicide chez les enfants. Thèse Paris, 1906.
- CHAZAL. — Les anormaux psychiques. Thèse Lyon, 1907.
- KRAEPLIN. — Introduction à la psychiatrie clinique, 1907.
- FASSOU. — Etude des états mélancoliques au début de la démence précoce. Thèse Paris, 1909.
- BARBAUX. — Le suicide chez les enfants, étude médico-psychologique. Thèse Paris, 1910.
- VINCHON. — Le délire chez les enfants, 1910.
- PAXAL (Mme). — La démence précoce, 1911.
- COMBY. — Les maladies des enfants.
- CRUCHET. — Maladies du système nerveux. La pratique des maladies des enfants, 1912.
- HAUSHALTER. — Contribution à l'étude de la démence précoce dans l'enfance. *Arch. de méd. des enfants*, mars 1912.
- BUFFET-DELMAS. — L'anorexie mentale chez le nourrisson. *Arch. de méd. des enfants*, mars 1912.
- DÉJERINE (J.). — Séméiologie des affections du système nerveux, t. II, 1914.

CROUZON. — Maladies du système nerveux, 1921.

BOREL et ROBIN. — Les rêveurs éveillés, 1925.

POTET. — La pratique de l'hygiène mentale, 1926.

MÖNKEMÖLLER. — La médecine clinique, *Medizinisch Klinik*, février-mars 1926.

HENYER-BADONNEL. — Les voies d'entrée dans la démence précoce.
Ann. méd. psychol., 1930.

CRUCHET. — Les pervers de l'encéphalite épidémique. *Progrès médical*, n° 36, 7 sept. 1929.

